

ECOLE NATIONALE VETERINAIRE DE LYON

Année scolaire 1928-1929 — N° 180

Des Fistules de la Parotide
et du
Canal de Sténon chez le Cheval

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 16 Mai 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR VÉTÉRINAIRE

PAR

Robert DIOUX

Né le 7 Juillet 1906 à CHATILLON-EN-BAZOIS (Nièvre)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1929

**Des FISTULES de la PAROTIDE
et du CANAL de STÉNON chez le CHEVAL**

ECOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE DE LYON

Année scolaire 1928-1929 — N° 180

Des Fistules de la Parotide
et du
Canal de Sténon chez le Cheval

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 16 Mai 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR VÉTÉRINAIRE

PAR

Robert DIOUX

Né le 7 Juillet 1906 à CHATILLON-EN-BAZOIS (Nièvre)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1929

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'ÉCOLE VÉTÉRINAIRE DE LYON

Directeur..... M. CH. PORCHER.
Directeur honoraire. M. F.-X. LESBRE.
Professeur honoraire M. ALFRED FAURE, ancien Directeur.

PROFESSEURS

Physique et chimie médicale, Pharmacie, Toxicologie...	MM. PORCHER
Botanique médicale et fourragère, Zoologie médicale, Parasitologie et Maladies parasitaires.....	MAROTEL
Anatomie descriptive des animaux domestiques, Téra- tologie, Extérieur	TAGAND. JUNG
Physiologie, Thérapeutique générale, Matière médicale	
Histologie et Embryologie, Anatomie pathologique, Inspection des denrées alimentaires et des établis- sements classés soumis au contrôle vétérinaire...	BALL
Pathologie médicale des Equidés et des Carnassiers, Clinique, Sémiologie et Propédeutique, Jurispru- dence vétérinaire	CADEAC
Pathologie chirurgicale des Equidés et des Carnas- siers, Clinique, Anatomie chirurgicale, Médecine opératoire	DOUVILLE
Pathologie bovine, ovine, caprine, porcine et aviaire. Clinique, Médecine opératoire, Obstétrique.....	CUNY
Pathologie générale et Microbiologie, Maladies micro- biennes et police sanitaire, Clinique.....	BASSET LETARD
Hygiène et Agronomie, Zootechnie et Economie rurale.	

CHEFS DE TRAVAUX

MM. AUGER. M. TAPERNOUX, agrégé.
LOMBARD.



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Président : M. le Dr PATEL, Professeur à la Faculté de Médecine, Chevalier de la Légion d'honneur.
Assesseurs : M. CADÉAC, Professeur à l'Ecole Vétérinaire, Chevalier de la Légion d'honneur.
M. TAGAND, Professeur à l'Ecole Vétérinaire.

La Faculté de Médecine et l'Ecole Vétérinaire déclarent que les opinions émises dans les dissertations qui leur sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elles n'entendent leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL
de la Faculté de Médecine de Lyon
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse et de l'appuyer de sa haute autorité. Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNY
de l'Ecole Vétérinaire de Lyon

Qui a eu l'obligeance de s'intéresser à notre travail et a bien voulu faire partie de notre jury. C'est de tout cœur que nous lui disons « Merci ».

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CADEAC
de l'Ecole Vétérinaire de Lyon
Officier de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu faire partie de notre jury. Qu'il croie à nos sentiments respectueux et dévoués et trouve ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

MEIS ET AMICIS

Des FISTULES de la PAROTIDE
et du CANAL de STÉNON chez le CHEVAL

Introduction

Devant la difficulté que l'on éprouve souvent à trouver rapidement, dans nos traités de Pathologie Vétérinaire, tout ce qui a trait à l'Étiologie, à la Pathogénie et au Traitement des fistules de la parotide et de son canal excréteur, tant les documents qui s'y rapportent sont disséminés, il nous a paru d'un certain intérêt de grouper en un tout les nombreux feuillets épars qu'on peut rencontrer dans les divers ouvrages et périodiques français et étrangers.

Nous ne nous proposons point de compléter, dans ces quelques pages, des choses déjà acquises, encore moins d'en découvrir de nouvelles. Que le lecteur s'attende à trouver, dans notre modeste travail, une synthèse judicieuse des nombreuses publications faites jusqu'à ce jour, plutôt que l'exposé d'une innovation originale. Notre expérience personnelle, trop à ses débuts, ne peut avoir la prétention de venir bouleverser ce que des maîtres ont su si parfaitement acquérir à la Science.

Après un bref historique du traitement des fistules de la parotide et du canal de Sténon, nous examinerons successivement l'étiologie, les symptômes et le pronostic de ces affections, puis nous donnerons notre opinion sur les différentes méthodes thérapeutiques qui ont été préconisées pour les combattre. Ayant ensuite relaté quelques observations que nous avons recueillies, soit dans la clientèle de notre père, soit de par l'accueil bienveillant que nous a réservé M. le Vétérinaire-Capitaine Marcenac, nous verrons quelles conclusions il convient de tirer de cet exposé et quels sont les résultats que nous pouvons attendre de tel ou tel traitement.

Historique

Les fistules de la glande parotide et de son canal de Sténon sont relativement fréquentes chez les solipèdes et, en raison de leur gravité, n'ont pas manqué d'attirer depuis longtemps l'attention. Aussi trouve-t-on, dans toutes les publications périodiques, de nombreux articles, mémoires ou observations qui s'y rapportent. On peut même dire que la question du traitement de ces fistules a passionné de nombreux praticiens.

Les hippiatres, déjà, avaient connaissance de ces affections qu'ils qualifiaient d'incurables ; on doit même ajouter qu'ils en déterminaient souvent le développement. Solleysel, en effet, attribuant à l'engorgement des parotides, qu'il nommait avives, certaines douleurs abdominales susceptibles de se manifester chez le cheval, recommandait, pour combattre celles-ci de battre avec le brochoir, de pincer à l'aide des tricoises, ou de ponctionner à la lancette les avives tuméfiées. S'élevant contre de semblables moyens, Lafosse écrivait dans son cours d'hippiatrique : « Ce remède aussi dangereux qu'absurde produisait un dépôt dans cette partie et souvent la gangrène ; d'autres,

ajoute-t-il, les ouvraient avec la lancette ; et dans l'un ou l'autre cas, il arrivait souvent que l'on ouvrait le canal salivaire qui produisait une fistule incurable. » Et quelques lignes plus bas : « Ce canal, étant ouvert, laisse continuellement échapper la salive au dehors et souvent fait tomber le cheval dans le marasme. »

En 1848, un auteur qui signait « un vieil agriculteur », signalait encore, à la Société Vétérinaire du Vaucluse, la fréquence des fistules salivaires à la suite de l'opération des avives pratiquée par les empiriques.

Devant ces graves et nombreux accidents, toute une pléiade de chercheurs se mirent au travail pour trouver un traitement susceptible de donner une satisfaction complète aux praticiens. Olivier, de Saint-Maximin (Var), ayant annoncé en 1828 que les fistules du canal parotidien pouvaient se cicatriser spontanément, Urbain Leblanc exécuta des expériences d'ouverture artificielle du canal pour prouver l'impossibilité de semblables guérisons et alla jusqu'à préconiser l'extirpation du canal parotidien et de la glande.

D'autre part, D'Arboval avait dit aussi qu'on ne parvenait à faire disparaître ces fistules qu'en détruisant une partie de la glande et en irritant ce qui reste à l'aide du cautère actuel.

Cependant, la même année, Philipe après avoir essayé, sur un cheval, l'opération de Leblanc, relatait plusieurs exemples de guérison obtenus par des moyens simples, comme la cautérisation au fer rouge de l'orifice de la fistule. Presqu'en même temps Bettenger rapportait un fait analogue et Delafond signalait un cas de cicatrisation produite après la simple

suture des bords de la plaie. Un peu plus tard Reynal, dans un très important mémoire, réunissait de nombreux cas de guérison de ces fistules, produits sous l'influence d'applications d'onguent vesicatoire autour de l'orifice fistuleux.

En 1846, Mercier pratiqua la ligature du canal de Sténon avec succès et vit des fistules se cicatriser ensuite en trois et en neuf mois par les siccatifs. Peu après, Gowin, vétérinaire anglais, faisait cicatriser une fistule du canal de Sténon en appliquant sur son orifice un appareil obturateur, fortement adhérent à la peau, composé de six couches superposées de collodion et de coton.

L'année suivante, André, après avoir fait sans succès des injections d'eau de Rabel dans la fistule, en obtint la disparition par le débridement du canal et la cautérisation à l'eau de Rabel.

Thiernesse revint bientôt à l'extirpation totale de la glande parotide recommandée par Urbain Leblanc, remède excessif et non sans danger.

En 1860, Lafosse eut l'idée d'ouvrir, au-dessus de la fistule, c'est-à-dire en amont de la lésion, le canal de Sténon dans la bouche. Dans la même année, Serès, reprenant la question dans son ensemble, cherchait à déterminer dans quelles conditions tel ou tel des traitements préconisés jusque-là, doit être préféré.

Bientôt après, Mottet rapportait un nouveau succès obtenu par le procédé Lafosse. Puis Halin relatait un exemple de guérison à la suite de la ligature.

En 1871, Lafosse préconisait l'injection iodée dans le canal et Labat, quelques années après, publiait un cas de guérison à la suite de ces injections et un autre

obtenu par la ponction de la joue pour conduire la salive dans la bouche. En 1866, Nocard arrivait au même résultat par la même opération.

Reprenant les idées de Lafosse, Bergeron en 1892 lutte contre les fistules salivaires en supprimant leur cause, c'est-à-dire l'écoulement du liquide parotidien ; il injecte sous pression, dans l'about central du canal de Sténon, une solution d'acide lactique et obtint ainsi en peu de temps le tarissement de la glande. L'année suivante Spizzu emploie de préférence l'alcool éthylique rectifié. En 1903, Curcio arrive également à l'atrophie de la glande par des injections d'alcool à 90° poussées directement et à travers la peau dans le parenchyme glandulaire.

Ghisleni, en 1905, nous dit avoir obtenu également d'excellents résultats par des injections de vaseline ou de paraffine dans le canal de Sténon.

Dans la suite, les publications, moins nombreuses toutefois, ont vanté tout à tour tel ou tel de ces traitements en y apportant certaines modifications.

Comme on peut en juger par ce résumé succinct, les moyens de combattre les fistules de la parotide et de son canal excréteur sont singulièrement variés. Si on en a imaginé un si grand nombre, c'est évidemment qu'aucun d'eux ne donnait une satisfaction complète aux praticiens. L'extirpation de la glande paraissait excessive ou dangereuse et tous les autres procédés s'étaient, tour à tour, montrés insuffisants dans plusieurs cas. La vérité est, en effet, que plusieurs d'entre eux méritent d'être conservés et répondent à telle ou telle indication spéciale.

Anatomie

Chez le cheval, les glandes parotides représentent deux masses volumineuses qui se trouvent enfermées dans les loges creusées entre la machoire inférieure et l'extrémité supérieure de l'encolure. Chaque parotide allongée verticalement de la base de l'oreille à l'extrémité supérieure de la gouttière jugulaire, se trouve ainsi enclavée entre le maxillaire inférieur en avant et l'apophyse transverse de l'atlas en arrière. L'extrémité supérieure, élargie, se trouve échancrée de façon à embrasser la base de l'oreille. L'extrémité inférieure, plus élargie encore, envoie vers la région de l'auge, une sorte de pointe d'où s'échappe le canal de Sténon et, en arrière, vers la gouttière jugulaire, elle se prolonge jusqu'au confluent des branches d'origine de la jugulaire elle-même.

Le bord antérieur, épais, est, dans la région moyenne, creusé en gouttière pour recevoir le bord postérieur du maxillaire inférieur auquel il est intimement uni. Ce bord antérieur de la parotide envoie un prolongement entre la face interne du muscle pterygoïdien interne et la face externe de la grande branche de l'hyoi-

de, prolongement qui se trouve en rapport avec la carotide externe et la veine jugulaire. Ce bord antérieur recouvre en haut une partie de l'artère temporo-maxillaire, le nerf facial et sous-zygomatique, la veine sous-zygomatique ainsi que la maxillo-musculaire.

Le bord postérieur mince et aplati n'offre rien de particulier ; il repose directement sur l'aponévrose sous-parotidienne.

La face externe est plane, recouverte par la parotido-auriculaire et le peaussier et creusée en bas, parallèlement au bord inférieur, d'une scissure qui loge la jugulaire. C'est encore sur cette face externe que l'on remarque le filet cervical du nerf facial qui émerge de la parotide vers son tiers inférieur et l'anse atloïdienne presque parallèle au bord de l'apophyse transverse de l'atlas.

La face interne plus irrégulière occupe le fond de la loge parotidienne et se trouve en rapport avec l'apophyse styloïde de l'occipital, la grande branche de l'hyoïde, le muscle stylo-hyoïdien, le digastrique, la poche gutturale, la glande maxillaire, les artères occipitales, carotide interne, carotide externe et maxillo-musculaire. Tous ces organes ne sont pas en contact immédiat avec cette face profonde car ils en sont séparés par un fascia aponévrotique mince qui, en arrière, s'épaissit faiblement et se réunit au bord antérieur de l'aponévrose d'insertion du mastoïdo-huméral.

En haut et dans l'épaisseur même de la glande, on rencontre encore les artères auriculaires antérieure et

postérieure ainsi que le nerf facial, les veines auriculaire, jugulaire externe, etc.

Les produits de sécrétion sont déversés dans l'intérieur de la cavité buccale par l'intermédiaire du conduit de Sténon qui, formé par la réunion d'un certain nombre de canaux collecteurs visibles à la surface de la glande, se détache de l'extrémité antéro-inférieure, passe sur le tendon du sterno-maxillaire, s'engage ensuite dans l'auge en côtoyant les parties latérales de l'espace intermaxillaire, le parcourt en commun avec l'artère et la veine faciales en arrière desquelles il se trouve, remonte ensuite dans la région de la joue à la surface du buccinateur, presque tangentiellement au bord antérieur du masseter et au dessous des divisions du facial qui le croisent plus ou moins, et vient enfin déboucher en regard de la troisième molaire supérieure, après avoir perforé l'épaisseur de la joue à ce niveau.

Ce trajet du canal excréteur est partout sous-cutané ; il est assez intéressant à connaître car il est nécessaire parfois de recourir à l'isolement et à la ligature de ce conduit. Bien que l'isolement soit possible à n'importe quel niveau, il existe deux points d'élection qu'il n'est peut-être pas inutile de signaler :

1° Une incision oblique faite au niveau de la scissure maxillaire, immédiatement au bord antérieur du masseter et intéressant à la fois la peau et le peaussier de la face, assez épais à ce niveau, met à découvert le canal de Sténon, laissant ainsi en avant l'artère et la veines faciales.

2° Une incision parallèle au bord postérieur de la

base de la branche montante du maxillaire inférieur, sur l'insertion du sterno-maxillaire permet encore de mettre à découvert, avec la plus grande facilité, la première partie du canal de Sténon.

Ce sont là les deux points d'élection les plus abordables pour les interventions chirurgicales.

Il faut enfin signaler, dans l'épaisseur même du fascia aponévrotique sous-parotidien, l'existence de deux ou trois ganglions lymphatiques qui, dans certaines affections, peuvent devenir le siège d'abcès sous-parotidiens et rétropharyngiens. Ces ganglions se trouvent vers le tiers inférieur de la parotide, exactement à la hauteur du point d'émission de la carotide interne et de l'occipitale.

Au point de vue physiologique, un seul point nous intéresse quant à l'étude des affections qui nous occupent : c'est l'intermittence de la sécrétion parotidienne. Insignifiante pour ne pas dire nulle entre les repas, la sécrétion parotidienne devient extrêmement abondante lorsque l'animal mange, et peut alors atteindre 12 à 15 litres. Ce caractère fonctionnel est sous la dépendance des nerfs vasculaires et excito-sécrétoires de la glande dont l'excitation est provoquée par la préhension des aliments, la mastication, la gustation.

Etiologie

La situation superficielle de la glande parotide, la longueur de son canal excréteur qui, en certains points surtout, a un trajet essentiellement sous-cutané, expliquent suffisamment et sans qu'il soit nécessaire d'insister la fréquence relative des blessures qui peuvent intéresser le système salivaire postérieur du cheval.

Lorsque ces solutions de continuité intéressent des canalicules un peu volumineux ou le canal de Sténon, il est à peu près certain qu'elles donneront naissance à des fistules. Beaucoup de praticiens, sans doute, ont eu l'occasion de voir des accidents de cet ordre. Il convient de faire remarquer à ce sujet que, parmi les plaies de la parotide, celles qui sont dues à l'action de corps contondants, sont, de beaucoup, les plus sujettes à de telles complications. Dans son Dictionnaire, Trasbot cite le cas d'une fistule salivaire chez un cheval qui s'était déchiré le quart inférieur de la parotide sur un crochet de voiture. Ces plaies, en effet, s'accompagnent généralement d'une perte plus ou moins grande de substance noble ; les deux abouts des canaux excréteurs rupturés, se trouvant alors éloignés

l'un de l'autre, ne peuvent reprendre contact et permettre ainsi une cicatrisation complète et normale.

Les coups de pied entrent pour beaucoup dans l'étiologie des affections qui nous occupent et portent de préférence sur le maxillaire au point d'inflexion du canal de Sténon. De nombreuses observations nous en ont été données par des Vétérinaires militaires et, pour notre part, nous avons eu l'occasion, durant notre séjour à l'Ecole de Lyon, de constater sur un cheval de l'armée, une fistule du canal de Sténon consécutive à un coup de pied au niveau de la scissure maxillaire. Dans un autre cas, l'os maxillaire inférieur avait été enfoncé sur une certaine étendue et une esquille osseuse entretenait des phénomènes de suppuration qui compliquaient la fistule salivaire.

A signaler également, au point de vue étiologique, le rôle joué par les morsures que se font entre eux les chevaux des corps de troupe lorsqu'ils sont attachés durant la journée aux abords des écuries ; ces morsures intéressant fréquemment la région parotidienne donnent lieu à des plaies glandulaires qui n'ont souvent aucune tendance à la cicatrisation et se transforment en plaies fistuleuses.

On a vu également des fistules salivaires consécutives soit à des coups de corne lorsque chevaux et bovins vivent dans les mêmes locaux ou mêmes pâturages, soit encore à des coups de fourche ou autres instruments de pansage donnés dans la région parotidienne par des palefreniers brutaux. Durant la guerre, semblables affections ont évolué à la suite de blessures par armes à feu.

Les fistules salivaires peuvent aussi venir compliquer certaines interventions chirurgicales pratiquées dans la région occupée par la glande. Trasbot en a vu évoluer à la suite de la cautérisation de tumeurs et notamment de boutons farcineux, cautérisation faite avec le cautère en pointe.

Dans l'opération de l'hyovertebrotomie, lors du décollement de la parotide, un coup de bistouri malheureux peut atteindre le tissu glandulaire et une fistule s'en suivre. Il faut également opérer avec précaution lorsqu'on pratique la contre-ouverture qui doit se faire exactement au milieu du triangle du Viborg ; on doit respecter la partie antéro-supérieure de cet espace car on risquerait de léser le canal de Sténon qui croise obliquement le tendon du muscle sterno-maxillaire puis coupe la corne du triangle.

La ponction des abcès sous-parotidiens, si fréquents dans certaines maladies infectieuses et en particulier dans la gourme, peut très bien être suivie d'une fistule salivaire. Pour vider ces poches purulentes, la seule ponction au trocart ou au cautère est en effet insuffisante, et force est de faire une ouverture assez grande en débridant avec le bistouri. On risque ainsi de couper soit des vaisseaux sanguins, soit des canaux excréteurs d'un assez fort calibre, d'où danger d'hémorragies ou de fistules salivaires. Une méthode de ponction qui empêche dans une certaine mesure ces accidents regrettables a été préconisée par le professeur Trasbot : On incise, avec le bistouri convexe, la peau seulement sur le point le plus saillant de l'engorgement inflammatoire, puis on fait pénétrer à travers

les couches superficielles de la glande la sonde cannelée en lui imprimant des mouvements de rotation jusqu'au moment où la résistance faisant défaut et le pus apparaissant dans la cannelure, la certitude est acquise que l'on est dans la cavité. On retire la sonde et on introduit à sa place les branches d'une paire de ciseaux fermés. A mesure que l'on retire les ciseaux, on ouvre les branches et, de cette façon, vaisseaux et canaux sont déplacés par l'instrument moussé et ne peuvent être ouverts.

Nous citerons aussi, à titre documentaire, l'apparition de fistules du canal de Sténon à la suite de blessures de ce conduit durant l'opération, depuis longtemps abandonnée, qui consistait en l'ablation des ganglions de l'auge enflammés, chez les chevaux morveux. Plus couramment, cette incision accidentelle du canal excréteur de la parotide est à craindre pendant le débridement des abcès de l'auge.

Après les abcès multipliés ayant déterminé la gangrène d'une forte proportion de la glande qu'ils circonscrivaient avant de se réunir en une cavité unique, la persistance des fistules n'est pas rare non plus par la raison que souvent ce processus de suppuration a produit, ainsi qu'on l'a vu précédemment, la rupture de canalicules volumineux. Les abcès sous-cutanés développés au voisinage du canal de Sténon, en amenant sa destruction partielle peuvent avoir le même résultat.

La présence d'un corps étranger, épillet du brôme stérile, grain d'orge barbu ou même grain d'avoine, dans le canal excréteur de la parotide en irrite la mu-

queuse et provoque un gonflement inflammatoire qui complète l'obstruction. Fréquemment il s'en suit des phénomènes de suppuration qui amènent l'abcédation du conduit. Le pus, par ulcération successive des tissus péricanaliculaires, gagne l'extérieur donnant lieu à une solution de continuité de la peau par où s'écoulera la salive. On aura ainsi une fistule salivaire.

Souvent aussi les fistules qui nous occupent ont comme point de départ ou, plutôt, sont liées à l'existence d'un calcul salivaire ; elles peuvent s'établir alors de trois façons différentes :

1° Le calcul, arrêté dans le canal de Sténon, peut l'obstruer complètement ; la salive s'accumule en amont, provoque une dilatation du canal et par suite l'amincissement de ses parois, d'où possibilité de rupture. M. le Capitaine-Vétérinaire Marcenac nous a dit avoir observé, chez un cheval, au niveau de la région de l'auge, un véritable éclatement du canal de Sténon ; l'exploration décela la présence d'un calcul, immédiatement en aval de la lésion.

2° Le calcul peut provoquer, au point où il se trouve et de par son contact, l'inflammation des parois du canal ; une petite ulcération se forme qui, au bout d'un certain temps, en s'accroissant tant en largeur qu'en profondeur, finit par perforer le conduit, d'où fistule.

3° Lorsque l'on ponctionne le canal de Sténon en vue de l'extraction d'un calcul, comme l'ont fait pour la première fois Serrès et Mottet, l'ouverture ainsi pratiquée passe quelquefois à l'état fistuleux, malgré les différents modes de suture employés. Il est à remar-

quer que, dans ces cas malheureux, la complication est due à ce fait que l'opération a eu lieu trop tard, alors que la portion terminale du conduit a déjà subi une atrésie plus ou moins grande et ne permet plus le passage naturel du liquide parotidien.

Pathogénie

Pour bien se rendre compte de la manière dont une fistule salivaire se constitue, il faut suivre les phénomènes qui la caractérisent, depuis son début jusqu'à l'époque de son complet achèvement.

Lorsqu'un traumatisme quelconque a occasionné une plaie pénétrante avec rupture d'un ou plusieurs canaux salivaires, le tissu cellulaire lésé se vascularise aussitôt, s'infiltré des éléments plastiques de l'inflammation et se couvre de végétations bourgeonneuses. Toutefois cette plaie pénétrante éprouve avec le temps des modifications importantes dans son calibre et dans sa structure. Si, par une sorte d'infraction apparente aux lois de l'organisme, la solution de continuité qu'elle représente ne se cicatrise pas à cause de l'obstacle qu'oppose à sa fermeture la présence continuelle du liquide salivaire auquel elle sert de passage, cependant la tendance à la cicatrice dans les tissus qui l'entourent est accusée par un rétrécissement considérable de son calibre, rétrécissement qui la réduit aux dimensions exactement nécessaires pour l'exécution de sa fonction. En même temps sa membrane interne, d'abord semblable à celle qui forme le revêtement

d'une plaie exposée, perd peu à peu son aspect granuleux pour revêtir les caractères d'une membrane lisse qui, par sa couleur rouge vif, le liquide muqueux qu'elle secrète, son aptitude à ne pas contracter d'adhérence avec elle-même, et enfin sa fonction spéciale, a beaucoup d'analogie avec les membranes muqueuses. Mais cette muqueuse que l'on peut appeler rudimentaire, diffère des véritables par des caractères essentiels : point d'épithélium à sa surface ni de follicules dans sa trame, union tellement intime avec le tissu cellulaire sous-jacent à elle, qu'elle fait corps avec lui et ne peut en être isolée. Ce n'est donc pas même une membrane anatomiquement parlant : ce n'est qu'un essai, une sorte d'ébauche, dont le tissu cellulaire a fourni la matière.

Ce tissu constitué autour de cette membrane rudimentaire, une sorte de manchon induré dont les dimensions en longueur sont exactement égales à celles du canal fistuleux. Plus épais et moins consistant quand la fistule est récente, ce manchon est plus dense, plus compacte et d'un volume plus réduit quand elle est ancienne.

Mais les fistules salivaires ne résultent pas nécessairement d'une action traumatique ; très souvent elles procèdent d'une affection profonde telle qu'un abcès de la parotide et du canal de Sténon ; et alors au lieu de procéder du dehors vers le dedans, c'est le pus auquel ces affections donnent naissance qui, en opérant sa migration vers l'extérieur, par le mécanisme de l'ulcération progressive, rupture les canaux salivaires et fraye, à travers les tissus, la voie qui, une fois ou-

verte, sera entretenue à l'état de fistule par la persistance de l'écoulement parotidien.

En définitive, ces deux faits ne diffèrent l'un de l'autre que par la manière dont ils se produisent et, une fois accomplis, ils sont l'un à l'autre identiques. Dans le premier cas la solution de continuité qui doit se convertir en fistule résulte de la division mécanique des tissus par un corps pénétrant qui a surmonté la résistance de leurs fibres ; dans le second, c'est le pus qui, par l'effort qu'il exerce incessamment sur eux de dedans en dehors, opère leur division et finit par se creuser un passage à travers leur épaisseur.

Symptômes

Il serait à la fois inutile et fastidieux de nous étendre sur la description symptomatique générale à toutes les fistules. Nous nous bornerons ici à signaler les caractères propres et pathognomoniques de celles dont il est question.

Les fistules salivaires se manifestent à la fois par des symptômes locaux et des symptômes généraux. Ces derniers, peu perceptibles dans les débuts, augmentent d'intensité à mesure que l'affection vieillit et peuvent même devenir dominants quand la fistule est établie depuis fort longtemps et n'a aucune tendance à la cicatrisation.

1° *Symptômes locaux* : Les plaies fistuleuses et persistantes de la parotide ont comme siège de prédilection la partie antéro-inférieure de la glande, c'est-à-dire intéressant les quelques gros canaux collecteurs qui, par leur réunion donneront naissance au canal de Sténon. On peut également en trouver sur les autres parties de la glande, mais alors ces fistules qui donnent écoulement à la seule salive de quelques fins canalicules, sont beaucoup moins graves que les premières citées et n'ont point leur caractère de persistance.

Quant aux fistules du canal de Sténon, on les trouve de préférence dans l'une ou l'autre des régions suivantes : soit tout à fait à son origine, derrière la base de la branche montante du maxillaire inférieur, vers l'insertion maxillaire du muscle sterno-céphalique ; soit au niveau de la scissure maxillaire ; ou bien encore dans la portion de son trajet qui correspond à la joue.

Nous ne nous étendrons pas sur les symptômes des fistules salivaires récentes. Le traumatisme ou le processus de suppuration qui déterminent la rupture du canal de Sténon ou des canalicules intraparotidiens et des acini eux-mêmes, donnent lieu forcément à une plaie plus ou moins grande, plus ou moins profonde et compliquée, de forme variable à l'infini, qui, dans les jours suivants se recouvre de bourgeons charnus ; ces solutions de continuité laissent écouler un mélange de pus et de liquide salivaire très peu abondant pour ne pas dire insignifiant, entre les repas, mais qui augmente beaucoup quand l'animal mange. Elles laissent entrevoir, parmi les pinceaux filamenteux et les bourgeons charnus, les abouts des canaux rupturés. Souvent, ces symptômes diminuent peu à peu d'acuité, surtout lorsqu'il s'agit de plaies fistuleuses de la parotide. La tuméfaction locale plus ou moins intense ainsi que l'hypersensibilité de la région, qui accompagnent toujours les fistules récentes, diminuent, puis disparaissent et l'on voit la cicatrisation complète s'opérer lentement et la salive reprendre son cours normal. Malheureusement, dans nombre de cas, cette cicatrisation est incomplète et il persiste une fistule

tenace. C'est presque toujours ce qui arrive quand la solution de continuité, intéressant le canal de Sténon, est accompagnée d'une destruction plus ou moins grande des parois avec éloignement des deux abouts.

Qu'elles soient canaliculaires ou glandulaires, les fistules salivaires persistantes sont caractérisées par un orifice étroit dont les bords peuvent être légèrement tuméfiés. Le tissu cellulaire qui entoure leur trajet est induré, mais les autres tissus de la région où existent ces fistules sont normaux ou à peine enflammés et le gonflement y est faible ou nul. La douleur aussi fait habituellement défaut. L'orifice fistuleux, creusé à fleur de peau ou plus souvent au fond d'un petit infundibulum cutané et souvent masqué par les poils, surtout quand il siège au niveau de la ganache, laisse écouler entre les repas un liquide séreux, clair, très peu abondant, pour ainsi dire, non purulent. La peau est mouillée tout autour de l'orifice et les poils y sont agglutinés en petites mèches.

Lorsque l'animal mange, en particulier quand il mastique des aliments ligneux, foin, paille qui nécessitent un gros effort de mastication et une insalivation importante, l'écoulement devient très abondant, surtout dans le cas de fistule du canal de Sténon. Certaines fois même, il est si intense qu'il revêt la forme d'un véritable jet de liquide. Si on recueille ce liquide, on note qu'il possède tous les caractères de la salive parotidienne.

Quand on explore la fistule, on peut voir à son origine et emprisonnés dans du tissu fibreux le ou les canaux salivaires rupturés ; ceux-ci peuvent être sec-

tionnés incomplètement ou même, seulement, fendus longitudinalement. Mais le plus souvent et surtout dans les fistules d'origine traumatique, il y a eu perte de substance et le conduit se trouve resséqué sur une certaine longueur.

Il arrive parfois que le liquide salivaire qui s'écoule par la fistule contienne en suspension de nombreux globules de pus et revête même une forme nettement purulente. Ces fistules compliquées de phénomènes de suppuration sont quelquefois observées sur le trajet du canal de Sténon lorsque le processus qui leur a donné naissance fut l'abcédation de ce conduit due à la présence d'un corps étranger plus ou moins septique ; la particule alimentaire qui généralement est représentée par un épillet de brôme ou une graine quelconque, persiste à l'intérieur du canal après l'ouverture de l'abcès et y entretient un foyer de suppuration. Nous avons eu l'occasion d'observer fait semblable. De même, nous avons vu évoluer une fistule compliquée chez un cheval qui avait reçu au niveau de la scissure maxillaire, un coup de pied ; le traumatisme avait occasionné, en même temps que la rupture du canal de Sténon, une fracture par enfoncement du bord inférieur du maxillaire avec détachement d'esquilles osseuses. L'une d'elles qui n'avait pas été enlevée entretenait la suppuration.

Dans ces cas ennuyeux, les éléments douleur et tuméfaction locale qui sont toujours marqués immédiatement après ou au moment même de la rupture canaliculaire, qu'elle soit traumatique ou inflammatoire, loin de s'atténuer et de disparaître, comme c'est la

règle, persistent toujours. Les bords de l'orifice fistuleux sont glabres car le liquide qui en sort est irritant de par la présence de l'exsudat inflammatoire. L'écoulement est un peu plus abondant que d'ordinaire dans l'intervalle des repas ; du pus séreux, mal lié, grisâtre se trouve mélangé aux gouttelettes de liquide parotidien qui sont alors plus ou moins fétides. Lorsque l'animal mange, tous ces caractères sont beaucoup moins évidents. La quantité de salive secrétée alors par la parotide est si importante, en comparaison de la production purulente, que l'écoulement est purement aqueux.

2° *Symptômes généraux* : Quand la fistule est récente, les symptômes généraux qu'elle détermine sont nuls ; ce n'est que lorsqu'elle est installée depuis fort longtemps que ceux-ci finissent par se manifester. Nous savons en effet que la sécrétion parotidienne qui, durant un repas, atteint facilement douze à quatorze litres, a pour but surtout d'humecter les aliments qui, chez le cheval, sont le plus souvent secs et contiennent une forte proportion de cellulose. On comprendra donc facilement qu'une fistule du canal de Sténon ait pour conséquence une forte déperdition de salive et par suite une imparfaite insalivation des aliments. Il en résultera forcément, à la longue, des troubles de la digestion et il n'est pas rare de voir des animaux, porteurs de fistule salivaire, présenter, au bout d'un certain temps, tous les symptômes d'indigestion chronique par surcharge. Curcio signale même un cas de mort chez un cheval par obstruction intestinale avec arrêt complet des ma-

tières alimentaires, dû à la présence de fourrages non digérés et qui formaient de véritables tampons secs et tassés. Ces accidents sont fatalement imputables à la mauvaise insalivation des aliments.

Si ces phénomènes graves ne se produisent pas, on note toujours une dénutrition plus ou moins accusée avec amaigrissement des malades. Lafosse a vu des chevaux porteurs de fistule salivaire persistante et rebelle tomber à la longue dans le marasme.

Diagnostic

Les symptômes communs des fistules réunis aux symptômes particuliers des fistules salivaires ont une signification si précise et si rigoureuse qu'il est difficile pour ne pas dire impossible de les méconnaître, surtout quand on a appris par l'étude clinique à en déterminer la valeur. Ils suffisent amplement pour servir de base à un diagnostic certain et le doute ne peut pas être possible.

Quand on se trouve devant un orifice fistuleux, siégeant dans la région parotidienne ou sur le parcours du canal de Sténon, avec infiltration indurée du tissu cellulaire qui tapisse tout le trajet de la fistule, il suffit d'observer le malade durant et entre ses repas pour reconnaître, sans aucune crainte d'erreur, l'existence d'une fistule salivaire. L'écoulement du liquide salivaire à l'extérieur, très peu abondant normalement, s'exagère dans une très large mesure et prend la forme d'un véritable jet pendant la mastication. Bien plus, le caractère muqueux, fluide, légèrement filant de l'écoulement pourrait à lui seul orienter le diagnostic. On confirme celui-ci en passant une sonde au centre

des bourgeons charnus qui entourent l'orifice si la lésion est encore peu ancienne ou dans l'infundibulum cutané quand elle date de loin. Et dans l'un ou l'autre cas, il est impossible de confondre cette affection avec quoi que ce soit. Le sondage permet également de mettre en évidence l'existence d'autres lésions possibles, pouvant intéresser les tissus péricanaliculaires, lésions qui viendraient encore assombrir le pronostic.

On pourrait également, dans le cas de doute, vérifier son diagnostic par un autre artifice. Il suffit d'augmenter les sécrétions et en particulier la sécrétion salivaire par une injection de nitrate de pilocarpine ; si l'on a à faire à une fistule salivaire, l'écoulement par l'orifice fistuleux devient brusquement et quelques minutes après l'injection, d'une importance considérable. Cette méthode peut être employée lorsqu'il y a hésitation et rend alors service. Dans tous les cas, lorsque la fistule intéresse le canal de Sténon, il est de toute nécessité de se rendre compte de l'importance des lésions du conduit ; un tel examen est indispensable pour établir le pronostic et instituer le traitement.

Pronostic

Les fistules de la parotide ou de son canal excréteur sont certainement au nombre des affections les plus tenaces et les plus nuisibles à la santé. Leur persistance tient à la continuité de l'écoulement liquide qui les caractérise ; on comprendra facilement que ces affections puissent se montrer rebelles, pendant un temps illimité, à toute thérapeutique médicale puisque la cause dont elles dépendent n'est pas de celles que l'on puisse aisément et sans inconvénient faire disparaître.

D'autre part, les fistules salivaires ont une répercussion sur l'organisme tout entier et cette influence générale est due à la quantité et à la qualité du liquide parotidien perdu au dehors. Aussi une telle affection, outre qu'elle rend le malade malpropre et par suite fort désagréable est-elle souvent une cause d'épuisement, sinon de marasme comme le prétend Lafosse, au moins de **dépérissement**.

Pour ces diverses raisons, elles constituent un état pathologique grave qui, s'il ne compromet pas immédiatement la vie du sujet, lui enlève une grande partie de sa valeur.

Toutefois il convient de ne pas mettre sur le même plan les plaies fistuleuses de la glande et les fistules de son canal excréteur quand on les considère au point de vue pronostic. Les fistules parotidiennes revêtent généralement un caractère de moindre gravité et une thérapeutique simple et appropriée arrive généralement à les faire disparaître ; les canaux lésés ne sont pas, en effet, d'un calibre tel que la quantité de salive qu'ils laissent écouler soit suffisante pour entretenir une inflammation chronique susceptible d'empêcher la cicatrisation. De plus, leur lumière étant étroite s'oblitère plus facilement et plus vite. Si l'on considère donc le réseau canaliculaire de la glande parotide, qui augmente de volume à mesure que l'on se rapproche de l'angle antéro-inférieur de la glande, on en déduit facilement que le pronostic varie et devient d'autant plus inquiétant que la fistule siège plus bas et plus en avant. Les plus sombres sont celles qui s'ouvrent au niveau ou un peu au-dessus de l'insertion maxillaire du sterno-céphalique, c'est-à-dire celles qui intéressent les quelques gros tubes excréteurs qui par leur réunion donneront naissance au canal de Sténon.

Par contre les fistules du canal de Sténon sont toujours ennuyeuses de par l'abondance de l'écoulement salivaire qui est une condition défavorable à leur fermeture. Le caractère de gravité qu'elles présentent est variable toutefois suivant la forme des lésions. Les blessures longitudinales simples ou la section incomplète qui laisse les abouts en contact sont d'un pronostic bien moins sombre que les blessures compliquées avec destruction étendue des parois du conduit. Ces

dernières sont très souvent, sinon toujours suivies de fistules persistantes qui résistent à tout traitement médical et contre lesquelles force est d'agir chirurgicalement. Comme nous le verrons quand nous étudierons le traitement de ces affections, la région où siège la fistule revêt aussi une certaine importance quant au pronostic. Lorsqu'en effet la lésion tenace du canal de Sténon se trouve au niveau de la joue, l'intervention chirurgicale appropriée aura peu ou pas de conséquences futures puisque l'écoulement salivaire dans la bouche se fera comme par le passé. Quand, au contraire, elle intéressera tout autre point du trajet, le pronostic sera plus grave car l'opération visera à la suppression de la cause de l'affection, c'est-à-dire à la suppression de la sécrétion salivaire, ce qui n'est pas sans présenter de réels dangers.

Un autre facteur vient parfois encore assombrir le pronostic. A mesure que la fistule s'installe, souvent la partie périphérique du canal de Sténon, c'est-à-dire la portion comprise entre la plaie et la bouche, ne donnant plus écoulement à la salive, s'affaisse et subit une atrophie plus ou moins grande. De même que la fonction crée l'organe, le non fonctionnement en amène l'atrophie. Le cours normal de la salive ne pourra plus dès lors être rétabli. Avant d'établir le pronostic d'une fistule persistante du canal de Sténon, il convient donc de sonder la portion buccale de ce conduit. Pour ce faire, on emploie une sonde malléable, en plomb par exemple, ou encore en caoutchouc. La sonde urétrale pour chien convient également très bien dans la circonstance. On l'introduit par l'orifice fistuleux,

dans l'about périphérique du canal et on se rend compte ainsi de sa perméabilité. Le sondage de la fistule elle-même permet également de déceler d'autres lésions qui peuvent venir la compliquer encore et en assombrir le pronostic.

Souvent cette opération n'est pas très aisée car il est difficile de distinguer l'about du tissu conjonctif qui l'entoure ; aussi est-il de beaucoup préférable d'opérer sur l'animal couché et dont la tête est maintenue solidement par des aides.

Traitement

Nous avons pu constater, de par l'historique de la question, que de nombreux moyens, tant médicaux que chirurgicaux ont été employés dans la lutte contre les fistules salivaires. Pour rendre plus facile l'étude d'une thérapeutique si variée et par suite si complexe, nous adopterons une division basée sur le mode d'action des divers procédés utilisés ou utilisables. La cicatrisation des fistules salivaires peut, en effet, être obtenue de différentes façons ; le but à atteindre est le même, plusieurs voies y conduisent. Les interventions pourront viser :

I. — Le rétablissement du cours normal de la salive ;

II. — La création d'une voie nouvelle à l'écoulement de la salive dans la bouche ;

III. — Le tarissement de la sécrétion glandulaire. Pour ce faire, on pourra soit provoquer l'atrophie des éléments nobles de la parotide, soit pratiquer, purement et simplement l'ablation totale de la glande.

Nous étudierons successivement tous les moyens thérapeutiques qui, pour arriver au même résultat, em-

pruntent l'une ou l'autre de ces directions. Puis nous essaierons de tirer de cet exposé des conclusions permettant d'établir et de justifier l'opportunité de telle ou telle méthode en réponse à telle ou telle indication.

I. — Rétablissement du cours normal de la salive

Lorsque dans une plaie récente de la parotide, des canalicules peu volumineux sont ouverts, une suture solide de la peau formant appareil obturateur, peut suffire à arrêter quelquefois l'écoulement de la salive. Delafond, Lecoq, Tassy, Arnal, Leech ont obtenu ainsi d'excellents résultats.

L'application d'un bandage au collodion sur le canal de Sténon a réussi à Gowin et mérite par conséquent d'être essayée ; il a appliqué, sur la peau, une couche de collodion, puis du coton haché, puis successivement six couches superposées et alternées de chacun.

On comprend à la rigueur que cette obstruction extérieure de l'orifice anormal empêche la sortie de la salive et force ce liquide à suivre la voie naturelle, mais il est nécessaire pour cela que le canal soit libre jusqu'à sa terminaison, ce qui n'est pas toujours le cas quand la fistule intéressant le canal de Sténon, est un peu ancienne. Souvent la portion périphérique, affaissée depuis longtemps est atrophiée ou obstruée et alors la salive ne pouvant s'écouler ne tardera pas à

suinter sous le bandage agglutinatif et à le décoller. Toutefois lorsque cette portion périphérique est seulement rétrécie, Strauss, Lafosse, Mottet, avant de pratiquer la suture ou l'oblitération de l'orifice cutané par un bandage approprié, conseillent de dilater la partie rétrécie au moyen de mèches de plus en plus grosses et cela jusqu'à récupération de son calibre normal.

D'autre part, bandages ou sutures ne peuvent être employés que pour des fistules donnant lieu à un écoulement essentiellement aseptique. On ne pourrait en effet traiter ainsi des plaies fistuleuses de la parotide consécutives à l'abcédation de parotidite suppurée. On enfermerait alors le loup dans la bergerie. Les exsudats inflammatoires ne pouvant gagner l'extérieur, provoqueraient sous la peau des dégâts importants et ne permettraient pas la cicatrisation cutanée, à plus forte raison encore celle du ou des canaux excréteurs lésés.

Ce procédé ne doit donc réussir que dans quelques cas exceptionnels. Pourtant comme il est simple et n'empêche pas en cas d'insuccès de recourir ensuite à d'autres moyens plus efficaces, il mérite de rester dans la pratique où il peut rencontrer quelques indications spéciales. Un point seulement sur lequel nous devons insister, c'est la désinfection rigoureuse de la plaie avant l'opération. Certains auteurs et en particulier Vatel, Crépin, Reynal disent avoir obtenu la guérison de fistules salivaires récentes par de simples lavages faits avec des solutions antiseptiques légères ; ce sont là des cas heureux, mais rares. Ces lavages complétés ensuite par l'avivement des bords de la fistule et la suture ou l'oblitération par un bandage peuvent aug-

menter dans une certaine mesure la proportion des résultats positifs.

L'application de substances vésicantes autour de la plaie parotidienne ou de la blessure du canal, très bien étudiée par Reynal permet d'obtenir de nombreuses guérisons. Toutefois, suivant Lafosse, et son opinion est basée sur une longue expérience, ce procédé est applicable comme le précédent surtout et même exclusivement aux fistules récentes et, nous ajoutons, seulement quand les canalicules déchirés sont très tenus ou la brèche du canal très étroite. Le corps vésicant étendu en large surface autour de la plaie détermine une tuméfaction inflammatoire des tissus sous-jacents et cette réaction heureuse active les phénomènes de cicatrisation. En un mot cette application stimule la défense organique. Il est nécessaire quelquefois de répéter les applications deux et trois fois, aussitôt que l'inflammation de la région s'atténue. On peut employer l'onguent vésicatoire pur ou mélangé à parties égales avec de la pommade au biiodure de mercure.

Ce moyen est simple, d'un emploi facile et en somme a procuré et procurera encore de nombreux résultats satisfaisants. Mais permet-il toujours le rétablissement du cours normal de la salive ? A cette question on peut répondre par l'affirmative pour les fistules qui intéressent le canal de Sténon ; la brèche, si elle n'est pas trop importante, se cicatrise sans provoquer l'obstruction du conduit. Mais en ce qui concerne les plaies de la parotide, le corps vésicant détermine une tuméfaction inflammatoire des tissus sous-jacents et il peut résulter de là une compression des

canalicules ouverts suffisante pour les effacer quand leur lumière est très faible. La salive sécrétée par la portion de la glande que drainent ces canalicules, ne peut plus s'écouler et on assiste à l'atrophie des éléments glandulaires intéressés.

D'autre part, dans les cas d'insuccès de cette méthode, l'induration du tissu conjonctif rend ensuite plus difficile la dissection du canal rupturé. Comme nous le verrons dans la suite, cette opération est indispensable quand on veut pratiquer la ligature du canal, autre moyen de traitement auquel, en cas de non réussite on peut être finalement obligé de recourir. Pour cette raison on ne devra employer la friction vésicante que dans les cas spécifiés plus haut, contre lesquels il y a des chances réelles d'efficacité. Chaque fois au contraire que le résultat pourra paraître douteux, il vaudra mieux s'en abstenir.

De nombreux autres systèmes ont été préconisés et employés tour à tour. On peut cautériser au fer rouge le trajet fistuleux ; au lieu du cautère, on peut employer le nitrate d'argent ou l'acide phénique. Serrès conseille d'appliquer, sur les parois du parcours fistuleux, de l'onguent égyptiac. Tous les moyens thérapeutiques ont pour effet de déterminer une destruction de la pseudo-muqueuse qui recouvre le trajet de la fistule, puis une inflammation bourgeonneuse qui aboutira à l'obstruction de ce trajet et permettra à la salive de reprendre son cours normal. Quoi qu'on en ait dit, tous ces moyens sont rarement efficaces contre les fistules mêmes récentes.

Pour compléter le traitement local, il faut mettre

les malades à la diète absolue le premier jour et ne leur donner les jours suivants que des aliments n'exigeant pas ou presque pas d'efforts de mastication. On pourra leur distribuer en petites quantités des barbotages, mashs, racines cuites, afin de diminuer autant que possible la sécrétion salivaire et par suite la poussée du liquide contre la cicatrice en voie de production. Cette action mécanique se comprend assez pour qu'il soit superflu d'insister. Cadiot recommande, à juste raison, de placer l'animal à rebours dans une stalle et de l'attacher court ou de le museler pour l'empêcher de manger sa litière.

II. — Ouverture artificielle du canal dans la bouche au dessus de la fistule

L'ouverture d'un orifice artificiel dans la bouche imaginée par Lafosse, de Toulouse, en 1860, est applicable seulement lorsque la fistule extérieure intéresse le canal de Sténon au niveau de la partie moyenne de la joue. C'est alors le procédé de choix qui fut recommandé dans la suite par Prompolini, Fleming, Nocard, Labat, lorsque la portion périphérique du canal de Sténon se trouve atrésiée et ne permet plus l'écoulement de la salive.

Pour exécuter cette opération, on couche l'animal sur le côté opposé à la lésion ; la tête est convenablement immobilisée par des aides et les mâchoires sont écartées par un pas-d'âne. La langue est tirée hors de

la cavité buccale et portée le plus possible du côté opposé à la fistule afin de ne pas la blesser au cours de l'intervention. On ponctionne la paroi buccale, c'est-à-dire le muscle buccinateur et la muqueuse, avec un trocart introduit dans l'orifice fistuleux ; par la canule du trocart, on passe une mèche dans la fistule, mèche de gaze ou de chanvre dont les chefs sont ensuite réunis au niveau de la commissure labiale correspondante. On pourrait également ponctionner soit avec le caustère, soit avec le bistouri droit et passer ensuite par le trou de ponction une sonde en S qui serait même beaucoup plus commode pour placer la mèche. Cette dernière peut encore être remplacée par un drain de caoutchouc. Serrès dit qu'il fistulise le trajet à l'aide d'un fil métallique placé de la même façon. Cette manière de faire n'est pas à recommander car le nœud fait par entortillement des deux extrémités du fil arrive fatalement à blesser l'animal au niveau de la commissure labiale.

Quand la fistule occupe un point rapproché du bord inférieur de l'os maxillaire, on creuse avec le trocart un conduit qui aboutit sur la muqueuse dans le sillon gingivo-buccal et on draine le trajet ainsi obtenu.

On complète l'opération en fermant la plaie à l'aide d'un emplâtre agglutinatif, à la poix par exemple, afin de forcer davantage la salive à s'écouler dans la bouche. Au bout de quelques jours, on supprime la mèche, on applique un nouveau pansement ou, mieux encore, on avive les lèvres de la plaie externe et on les suture. La plaie extérieure se cicatrise petit à petit ; la salive s'écoule dans la bouche par le conduit artifi-

ciel. Une véritable fistule nouvelle, interne et muqueuse, remplace l'ancienne, externe et cutanée.

Cadiot signale que dans certains cas la seule suppression du drain est suffisante, et la suture cutanée complètement inutile, la cicatrisation s'opérant plus vite sur la peau que sur la muqueuse. Il est évident, en effet, que si la mèche nouée au niveau de la commissure des lèvres prépare la fistule muqueuse, elle irrite forcément les bords de la plaie cutanée et retarde ainsi la fermeture de celle-ci.

Pour éviter cet inconvénient indéniable, on peut opérer suivant le procédé que Deguise a recommandé pour l'homme et qui permet de créer la fistule muqueuse sans gêner en aucune façon la cicatrisation cutanée. Par l'ouverture même de la plaie, on fait avec un trocart une double perforation intéressant les parties profondes de la joue. On passe dans ces deux trajets les extrémités d'une mèche que l'on noue à l'intérieur de la bouche. La fistule cutanée peut être ainsi immédiatement fermée puisqu'elle ne donne passage à aucun corps susceptible d'en irriter les parois. Cette technique donne d'excellents résultats et rapidement, aussi mérite-t-elle d'être employée de préférence au premier procédé.

Richelot préconise une autre méthode qui présente également l'avantage de laisser libre la fistule primitive mais qui nécessite malheureusement une seconde ouverture cutanée qui a pour but de permettre la cicatrisation de la première. Mais nous pouvons faire ici la critique suivante : Sait-on si cette seconde ouverture sera susceptible de se fermer à son tour ?

Richelot transperce en deux temps et dans une direction oblique d'arrière en avant toute l'épaisseur de la joue. Avec le trocart introduit dans la fistule on traverse d'abord de dehors en dedans les couches profondes de la joue et l'on passe un drain dans la perforation ; puis l'instrument dirigé en arrière, de dedans en dehors traverse les couches superficielles. Le drain est engagé dans cette seconde ouverture et fixé à la peau par un point de suture. Le drain enlevé, la plaie externe qui lui livrait passage, se ferme rapidement d'après les dires de l'auteur. Il est permis d'en douter et l'on ne comprend pas bien pourquoi la fistule cutanée artificielle doit se cicatriser plus vite et dans de meilleures conditions que la fistule primitive. Rien ne le prouve.

Cette dernière méthode, vu la critique qu'on peut lui faire, n'est pas à conseiller. La technique qui reste couramment utilisée est celle de Lafosse, mais il y aurait intérêt à vulgariser le procédé Deguise qui ne peut donner que d'excellents résultats. Quoi qu'il en soit, cette opération qui consiste à créer une voie artificielle à l'écoulement de la salive dans la cavité buccale, quel que soit le procédé employé, à l'avantage appréciable de conserver la glande parotide dont le produit de sécrétion continuera de concourir à l'insalivation complète des aliments.

Malheureusement, elle n'est possible que dans un nombre très restreint de cas, lorsque la fistule existe sur un point voisin de la terminaison du canal au niveau de la poche de la joue, chose presque exceptionnelle.

III. — Atrophie de la parotide

Lorsqu'on ne peut rétablir le cours normal de la salive, ou bien encore quand la situation de la fistule ne permet pas la création d'une voie artificielle vers la bouche, force est de supprimer la cause de l'affection, c'est-à-dire l'écoulement du liquide parotidien. Le tarissement de la glande va de pair avec l'atrophie de ses éléments nobles et, pour arriver à un tel résultat, de nombreux procédés ont été ou peuvent être employés. Nous citerons :

- 1° La compression mécanique de la glande ;
- 2° La ligature du bout central du canal de Sténon ;
- 3° Les injections irritantes faites dans la partie supérieure de ce conduit ;
- 4° La Radiothérapie ;
- 5° La Névrotomie ou l'arrachement du nerf excito-sécréteur.

Nous étudierons tour à tour chacune des ces méthodes ; certaines surtout méritent une plus grande attention. Quoi qu'il en soit, le but visé est le même : c'est la suppression de la fonction glandulaire. Malgré certains avis qui prétendent que la disparition de l'une des parotides soit sans conséquence pour l'insalivation des aliments, de par la suractivité compensatrice de l'autre glande, nous pensons personnellement qu'une telle thérapeutique n'est pas au contraire sans influencer la physiologie de la digestion et nuire de ce

fait, dans l'avenir, à la santé de l'animal. La meilleure preuve qui puisse en être donnée est l'état de dénutrition causé à la longue par la simple déperdition de liquide salivaire chez les chevaux atteints d'une fistule rebelle. La suppression complète de la sécrétion parotidienne doit forcément agir dans le même sens et plus rapidement encore.

Nous ne saurions trop recommander d'être prudent et de ne recourir à l'atrophie de la glande que dans les cas de fistules salivaires extrêmement tenaces et ayant résisté à tous les traitements précédemment étudiés. On ne devra y recourir d'emblée que quand une fistule du canal de Séton s'accompagnera d'une destruction étendue des parois du conduit, avec éloignement des deux abouts ; dans ce cas, seul ce procédé peut donner satisfaction.

1° COMPRESSION MÉCANIQUE DE LA GLANDE :

Nous ne citerons ce procédé qu'à titre purement documentaire et théorique, car il ne peut avoir aucune portée pratique. La compression de la glande, dans le but d'en arrêter la sécrétion et d'en amener l'atrophie en effaçant la lumière de son réseau vasculaire et canaliculaire est impraticable, malgré tout le bien qu'aient pu en penser certains auteurs. Ils serait à peu près impossible, en effet, d'exercer sur toute la surface de la glande une compression uniforme et suffisante pour aplatir tous les vaisseaux et canaux. D'autre part, cette compression, même insuffisante pour le but à atteindre, ne manquerait pas de gêner la déglutition

et surtout la respiration et compromettrait ainsi immédiatement la vie des malades. Elle ne mérite aucun intérêt.

2° LIGATURE DU CANAL DE STÉNON OU DES CANALICULES INTRAPAROTIDIENS :

La ligature du canal de Sténon, conseillée par Viborg a été très souvent pratiquée avec succès. Elle est indiquée quand la fistule, qu'elle soit récente avec destruction importante du canal, ou ancienne et rebelle, existe sur un des points suivants du conduit excréteur : région de l'auge, bord inférieur du maxillaire ou portion tout à fait inférieure de sa partie faciale et ascendante.

Dans quelques cas, l'opération a été faite sur la joue, immédiatement au-dessous de la fistule. Le cheval étant couché sur le côté opposé, la tête convenablement immobilisée, la peau rasée et soigneusement aseptisée, on fait alors une étroite incision (trois centimètres environ) à deux travers de doigt du bord inférieur du maxillaire et à un centimètre en arrière de l'artère glosso-faciale dont on sent facilement les pulsations, ce qui permet de la situer très exactement. Après avoir divisé la peau et le peaucier, très épais à ce niveau, on dissèque avec précaution la couche conjonctive sous-jacente, en évitant de blesser la veine. Le canal apparaît sous la forme d'un cordon blanchâtre, étroit et aplati. Afin d'augmenter la sécurité il est bon de glisser une sonde en caoutchouc dans l'about central du canal, que l'on repère au fond de la fistule. Cette sonde distend le conduit et le fait distinguer

d'une manière plus évidente des organes vasculaires voisins. Il est recommandé également d'exécuter la dissection par dilacération avec des instruments mous-ses et en particulier à l'aide de la sonde canelée plutôt qu'à l'aide du bistouri. Dès qu'on a isolé le canal de Sténon, on le ligature.

Cette intervention, quand la fistule salivaire siège sur la joue, ne doit pas être pratiquée : on doit s'efforcer alors de conserver la parotide et créer une fistule buccale par l'un des procédés que nous avons signalés précédemment. En règle générale, la ligature n'est indiquée que dans le cas où le canal étant ouvert loin de son orifice buccal, on ne peut recourir à ces procédés. On peut la faire alors immédiatement au dessous de la lésion, mais il est préférable d'opérer près de l'origine du conduit qui, à ce niveau, est facilement abordable. D'ailleurs la portion canaliculaire comprise en aval de la ligature, s'atrophie puis s'atrophie sans le moindre dommage pour l'animal et, à la longue, il n'en reste plus qu'un fin cordon blanchâtre.

La technique de l'opération est la suivante : à un ou deux centimètres en arrière de la branche ascendante du maxillaire inférieur, près de l'angle antéro-inférieur de la parotide, au niveau du tendon du sterno-maxillaire, on fait, suivant une direction légèrement oblique en bas et en avant, une incision de trois ou quatre centimètres portant sur la peau et le peaucier : on divise ensuite la couche cellulaire dans laquelle est situé le canal : celui-ci découvert, on l'isole et on en fait la ligature. On facilite le passage de cette

ligature en glissant, au-dessus du conduit ou le talon d'une aiguille ou la sonde en S avec laquelle on met le lien en place.

Lorsque la fistule siège au niveau de la scissure maxillaire, certains praticiens préfèrent intervenir directement par l'orifice fistuleux légèrement débridé dans la direction de l'about central du canal de Sténon. La ligature porte alors sur la portion glandulaire du conduit, à deux ou trois centimètres de l'extrémité lésée. Ce procédé donne d'excellents résultats, surtout lorsqu'on a affaire à une fistule récente et alors que les abouts ne sont pas encore emprisonnés au milieu d'une gangue fibreuse ; la dissection du canal serait trop laborieuse dans le cas contraire, et mieux vaut employer alors la méthode classique.

Avec quel matériel doit-on faire la ligature ? Le fil ordinaire, préconisé par Mercier, ne convient pas pour cette intervention ; en raison de sa ténuité, il coupe souvent le conduit avant que celui-ci ne soit obstrué et la fistule se reforme. C'est pour cela sans doute que certains praticiens comme Harn, par exemple, qui a dû faire quatre ligatures successives, ont trouvé le moyen insuffisant ; pour éviter cet inconvénient, ils se servaient du fouet. Sa plus grande résistance permet d'abord de serrer au degré convenable et son volume l'empêche de couper ce qu'il étreint. Maintes fois Trasbot rapporte s'en être servi sans avoir jamais eu un insuccès. Pour notre compte nous avons toujours vu opérer avec la soie chirurgicale n° 1 ou 2 qui nous a donné une satisfaction complète. Si la ligature ne cède pas, la soie s'incruste dans les deux ou trois jours

qui suivent l'intervention et n'est éliminée que deux ou trois semaines plus tard, après section et cicatrisation entière du canal de Sténon.

On pourrait peut-être nous faire l'observation de ne pas employer le cat-gut, mais nous n'ignorons pas que le cat-gut est un produit qui, mis dans les tissus vivants, se résorbe très vite et, de ce fait, on comprend facilement que la ligature du conduit disparaîtrait avant qu'une cicatrice indélébile ne soit venue rapprocher les parois de ce canal.

La ligature effectuée, on laisse ouverte la petite plaie chirurgicale qu'on se borne à laver chaque jour avec un liquide faiblement antiseptique : solution de permanganate de potassium à 1 pour 2.000, solution javéalisée (15 grammes par litre d'eau), ou simplement avec du sérum physiologique. Aussitôt après son étranglement, le canal est gonflé et distendu du côté de son origine par la salive qui s'y accumule, mais ses parois résistent d'ordinaire à la pression du liquide. Pourtant il existe des observations de rupture du conduit par éclatement, due à la pression acquise par le liquide parotidien. Ce sont là, heureusement, des cas assez rares, mais sur lesquels il faut mieux compter pour ne pas avoir une surprise trop désagréable.

L'excrétion étant arrêtée, la sécrétion cesse bientôt. Le conduit s'affaisse, revient sur lui-même et plus tard s'atrophie ainsi que la glande, comme tout organe qui a cessé de fonctionner. Souvent l'atrophie de la glande n'est constatée qu'au bout de deux ou trois mois. Il résulte de là une légère déformation de la région parotidienne et c'est tout. La cause de la fistule,

c'est-à-dire l'écoulement rémittent de la salive, étant supprimée, cette fistule se comble petit à petit et la cicatrisation est complète d'autant plus vite que l'on a eu soin d'en aviver légèrement les bords.

C'est là la terminaison la plus heureuse de l'affection, mais, malheureusement, ce n'est pas la seule. Cette intervention ne réussit pas toujours. Mercier et Bassi publient de nombreux cas d'insuccès. Jansen et Hendrickw l'ont pratiquée chacun trois fois sans obtenir de résultats ; une fistule a persisté toujours au niveau de la dernière ligature. De plus, elle est souvent suivie de phénomènes de suppuration, en particulier d'abcès de la parotide. Cette dernière complication assombrit fortement le pronostic parce que l'ouverture du foyer purulent formé dans la glande, peut redonner naissance à une nouvelle plaie fistuleuse.

Lorsqu'au lieu d'avoir à faire à une fistule du canal de Sténon, on se trouve devant une déchirure de la parotide laissant entrevoir un ou plusieurs canalicules rupturés, un fil serré sur leur extrémité suffit pour arrêter l'écoulement de salive et permettre la cicatrisation de la plaie. Assez souvent toutefois les tronçons des canalicules ouverts sont difficiles à distinguer au milieu des lambeaux de tissus ; il faut alors, en exagérant la sécrétion salivaire par une injection de nitrate de pilocarpine, se rendre très exactement compte du point où jaillit la salive, et opérer une ligature en masse qui, souvent, est suffisante. Trasbot a obtenu, par ce moyen, une guérison rapide sur un cheval dont la partie inférieure de la parotide donnait pendant la mastication deux forts jets de salive s'échappant du fond de

la plaie, entre des pinceaux filamenteux au milieu desquels les canaux ouverts n'étaient pas reconnaissables.

A la suite de cette ligature de quelques canalicules, la portion de la glande dont ils écoulaient le produit, s'atrophie. La chose passe souvent inaperçue.

Quand la fistule parotidienne est constituée depuis longtemps et la plaie réduite à un pertuis étroit, cette opération est impraticable. On serait obligé de procéder à une dissection minutieuse de la région pour rechercher le ou les canalicules qui se déversent dans le trajet et souvent il serait fort difficile, voire impossible, de les distinguer du tissu conjonctif induré qui les englobe. L'opération présenterait donc peu de chance de succès et des dangers réels. Mieux vaut, par conséquent, essayer d'autres moyens plus simples et moins dangereux.

3° INJECTIONS IRRITANTES INTRACANICULAIRES OU INTRAPARENCHYMATEUSES :

L'atrophie de la glande parotide peut aussi être provoquée par des injections irritantes faites dans la partie supérieure du canal de Sténon. Nombreuses sont les substances qui peuvent être employées, mais quel que soit le principe irritant dont on fait usage, les conséquences recherchées sont toujours les mêmes ; cette thérapeutique détermine d'abord une dénudation épithéliale de la muqueuse des canaux excréteurs, puis une inflammation bourgeonneuse qui aboutit à l'obstruction de ces conduits. Bien plus, l'agent irritant se répandant jusque dans les acini, amène une inflam-

mation très active de toute la glande dont les éléments nobles sont détruits et remplacés par du tissu fibreux. La sécrétion salivaire se tarit et la parotide diminue de volume pour être réduite souvent à l'état d'une mince languette scléreuse.

Pour ce faire, Haubner préconise l'ammoniaque. D'autres et en particulier Cartwright emploient de préférences les solutions plus ou moins concentrées de nitrate d'argent ou encore la créosote. On peut également et comme l'a fait pour la première fois Lafosse, injecter dans le canal de la teinture d'iode pure ; Labat insiste sur ce fait que point n'est besoin de se servir de teinture d'iode pure qui amène toujours une réaction par trop intense et douloureuse et il publie deux cas de guérison obtenu à la suite de l'injection d'une simple solution iodée. Il donne la formule suivante : teinture d'iode, 20 grammes ; iodure de potassium, 1 gramme ; eau distillée, 60 grammes. Les résultats obtenus, tout en étant moins bruyants, sont aussi certains. Si la guérison tarde à se produire, il est alors nécessaire de pratiquer plusieurs injections. Dans ce cas, quatre ou cinq jours après la première intervention, on pratique une seconde injection avec un liquide renfermant, pour les mêmes quantités d'iodure de potassium et d'eau, 40 grammes de teinture d'iode, puis, au besoin, une troisième avec cette dernière solution. A la suite d'une telle intervention, la glande s'atrophie peu à peu.

Bergeron et Hendrichw affirment que ce but est presque toujours atteint par une seule injection d'une solution d'acide lactique. Ce dernier auteur emploie

cinq grammes d'une solution aqueuse de cet agent irritant à vingt pour cent et obtient une inflammation intense de toute la glande. Après trois jours, toute sécrétion est tarie et la parotide diminue de volume petit à petit, pour être réduite, après vingt à vingt cinq jours, à l'état d'une étroite et mince bandelette.

Les observations de Bassi montrent qu'on peut obtenir également d'excellents résultats en injectant dans la partie supérieure du canal de Sténon vingt-cinq à trente grammes d'alcool éthylique rectifié à 36°. Curcio préconise aussi l'alcool éthylique, mais en injections parenchymateuses et non plus intracaniculaires ; il met les praticiens en garde contre une condition qui peut compromettre l'issue du traitement par ce procédé. Cette condition réside dans l'impureté de l'alcool employé ; d'une façon générale, en se servant de l'alcool éthylique pur à 90°, il obtient toujours l'atrophie de la glande. Le manuel opératoire est simple : l'aiguille stérilisée de la seringue de Pravaz est introduite obliquement et de bas en haut dans le centre de la parotide, après lui avoir fait traverser la peau. La quantité d'alcool à injecter est d'environ vingt centimètres cubes. L'injection est suivie d'un massage soigneux de toute la glande.

Ce vieux procédé que Curcio a tenté de réhabiliter et qui consistait à faire des injections irritantes dans la glande elle-même pour en provoquer l'atrophie est aujourd'hui complètement abandonné en raison de ses résultats par trop inconstants. L'injection des mêmes produits poussée dans la partie ascendante du conduit excréteur est de beaucoup préférable. On ne saurait trop la recommander.

Lorsqu'il y a eu section totale du canal de Sténon, avec rétraction des abouts, on éprouve quelquefois une certaine difficulté à les retrouver, en particulier l'about central, parmi les bourgeons charnus de la plaie ; dans ce cas, une injection sous-cutanée de nitrate de pilocarpine permet, grâce à l'hypersécrétion salivaire qu'elle provoque, d'apercevoir l'extrémité de la partie supérieure du conduit.

Ghisleni en 1904 a étudié l'action de la vaseline et de la paraffine injectées dans la parotide par une fistule du canal de Sténon pratiquée artificiellement. La fistule était obtenue soit par une incision simple du canal, soit par l'extirpation de un à deux centimètres de conduit. La vaseline employée était stérilisée et maintenue à 43-45°, au bain-marie, par l'immersion de la seringue Pravaz pendant l'injection. La dose moyenne est de six à douze centimètres cubes chez les solipèdes mais l'on peut atteindre un taux de trente à quarante centimètres cubes. Immédiatement après l'injection, la parotide se tuméfie. L'écoulement de salive se tarit. Au bout de onze à douze jours, la tuméfaction diminue et la glande prend une consistance fibreuse. L'examen de la glande injectée démontre que la vaseline se répand dans les tubes excréteurs et dans les acini ; elle pénètre même dans le tissu interstitiel si la quantité de substance est trop abondante. Quatre-vingt-six jours après l'intervention, l'expérimentation démontra que la vaseline avait complètement disparu de la parotide.

Histologiquement, les désordres provoqués par les injections de vaseline se traduisent vers le cinquième

ou le septième jour, par l'apparition de vacuoles dans le protoplasma des cellules glandulaires et par l'aspect des noyaux qui sont vésiculeux, augmentés de volume ou contractés, avec des contours irréguliers ou crénelés ; les acini sont représentés par des espaces irrégulièrement circulaires, limités par la membrane propre primitive ou par du tissu conjonctif, déchiré en certains points pour laisser communiquer des espaces voisins. Les cellules qui tapissent les conduits excréteurs ont disparu et les cellules fixes du tissu conjonctif se sont multipliées activement.

Du cinquante et unième au soixante-huitième jour, la glande est remplacée par du tissu fibreux, au sein duquel on perçoit quelques traces des acini, sous forme de lacunes dépourvues d'épithélium.

Les injections de paraffine s'opèrent avec la seringue Pravaz, maintenue à 63° au bain-marie ; l'aiguille canule est, elle-même, entourée avec du coton imbibé d'eau stérile à 65°. La paraffine se solidifie rapidement et jouit d'un pouvoir de pénétration inférieur à celui de la vaseline ; quelquefois la paraffine pénètre seulement dans le conduit principal et se trouve insuffisante pour amener l'atrophie de la glande ; par suite Ghisleni conclut que la vaseline est préférable à la paraffine dans le traitement des fistules du canal de Sténon.

Il convient, encore une fois, de faire remarquer que les expériences de l'auteur n'ont porté exclusivement que sur des fistules artificielles. Dans la suite, certains praticiens et en particulier des Vétérinaires allemands, ont mis en pratique ces observations et ont obtenu d'excellents résultats. On peut objecter que l'interven-

tion présente certaines difficultés de par le point de fusion relativement élevé des substances employées : il y a là en effet quelques précautions à prendre, mais il ne faudrait point que la prévision de ces difficultés plus apparentes que réelles empêchât le praticien de recourir à ce procédé qui expérimentalement donne entière satisfaction.

4° RADIOTHÉRAPIE :

L'observation des nombreux cas de stérilité qui frappent si souvent nos grands médecins radiologistes, devait fatalement conduire à l'hypothèse d'une action des rayons de Roentgen sur les glandes testiculaires et par extension sur les éléments glandulaires en général. Cette hypothèse, aujourd'hui démontrée, est maintenant un fait prouvé et acquis : les rayons X provoquent lentement l'atrophie de ces tissus à fonction spéciale. Se basant sur de telles données, on chercha à guérir les fistules salivaires de l'homme en provoquant l'atrophie de la parotide par l'action locale des rayons de Roentgen. Les résultats obtenus furent des plus heureux et l'on obtint ainsi la guérison de certaines fistules rebelles.

La Radiothérapie qui a fait son apparition depuis fort peu de temps seulement en médecine canine, est encore totalement inconnue en matière de thérapeutique hippique. Il ne faut pas oublier, en effet, que le traitement d'une affection quelconque chez nos grands animaux doit être avant tout, économique ; la vie animale n'est qu'un capital que le Vétérinaire doit conserver. Il ne faut pas que les moyens employés pour

assurer cette conservation soient d'un prix de revient égal ou supérieur à ce capital, sinon, mieux vaut s'abstenir. Trop onéreuses seraient donc les séances nombreuses et répétées de radiothérapie, nécessaires à la guérison des affections qui nous occupent ; cette thérapeutique ne pourrait revêtir un caractère pratique que chez des chevaux de grand prix et en particulier chez les grands cracks de nos hippodromes.

En admettant que la radiothérapie entrât un jour dans le domaine vétérinaire courant, la situation assez profonde de la grande parotide ne serait-elle pas un obstacle à la parfaite réalisation du processus atrophique cherché ? Malgré la peau et le peaucier qui recouvrent la parotide et dont l'épaisseur atteint facilement une quinzaine de millimètres, il existerait bien des ampoules suffisamment dures pour permettre l'émission de rayons, peu nombreux peut-être, mais très pénétrants. La nouvelle ampoule, imaginée par le physicien américain Coolidge, qui a été reconnue supérieure à celle de Roentgen, donne en particulier des rayons très pénétrants dont l'action est à peu près semblable à celle des rayons X du radium, et peut être avantageusement utilisée dans la radiothérapie profonde. Un filtrage rationnel ferait absorber aux tissus situés profondément la dose maxima de rayons utiles, sans dépasser, pour la peau, la dose compatible avec son intégrité.

Nous n'insisterons pas davantage : la radioactivité est encore une science trop neuve et par suite son emploi, qui se perfectionne chaque jour, en est trop coûteux, pour notre médecine qui, répétons-le, doit être économique avant d'être purement scientifique.

NÉVROTOMIE OU ARRACHEMENT DU NERF EXCITO-SÉCRÉTEUR :

Connaissant la disposition anatomique et l'histologie des glandes salivaires, il est facile de comprendre le mécanisme de la sécrétion. Sous l'influence des nerfs vasculaires et excito-sécréteurs, le plasma sanguin transsude des vaisseaux, inibibe et pénètre les éléments épithéliaux par simple phénomène osmotique et met à leur disposition les matériaux nécessaires à leur fonctionnement. D'un autre côté, ces éléments nerveux, excités par action réflexe, réagissent sur les éléments glandulaires, les impressionnent plus ou moins vivement suivant l'intensité de l'excitation primitive, les mettant en activité et déterminent finalement l'élimination d'une quantité déterminée de salive. Ces excitations sont provoquées par la préhension des aliments, la mastication, la gustation ; elles peuvent même être purement psychiques et déterminées par la seule présentation d'un aliment quelconque.

En se basant sur de telles données physiologiques, on comprend aisément que la névrotomie de ces filets nerveux soit suivie de la suppression de tous ces phénomènes reflexes et conduise par suite au tarissement de la glande, puis à l'atrophie de ses éléments, nobles. Cette opération fut pratiquée en médecine humaine sur des malades porteurs de fistule du canal de Sténon et, d'après les dires de Leriche, elle donna d'excellents résultats. Chez l'homme, le nerf excito-sécréteur de la parotide ou nerf auriculo-temporal est une des branches du tronc terminal postérieur du nerf maxil-

laire inférieur qui dépend lui-même de la cinquième paire crânienne ou nerf trijumeau.

Chez les solipèdes, cette opération n'a jamais été pratiquée. Malgré les travaux importants qui se rapportent à l'innervation de la glande parotide du cheval, nous ne sommes pas encore renseignés d'une façon absolue sur l'origine et la trajet des nerfs excito-sécréteurs et vaso-dilatateurs de cet organe. Pour Schaltz, ces filets nerveux proviennent du facial qui, d'après lui, est moteur et sécrétoire. Moussu qui a beaucoup étudié cette question, prétend que le facial n'agit pas dans le sens sécrétoire ; et si la corde du tympan qui en provient agit sur la glande sous-maxillaire comme vaso-dilatatrice et excito-sécrétoire, c'est parce que la corde du tympan a pour racine le nerf de Wrisberg qui lui-même viendrait du glosso-pharyngien. A ce sujet, il est d'accord avec Duval, Mathias, Moussu, allant à l'encontre des idées de Schaltz, démontre que, seule, la cinquième paire crânienne, c'est-à-dire le trijumeau, fournit à la glande parotide les éléments nerveux susceptibles de provoquer et de régulariser sa sécrétion. De nombreuses dissections lui ont montré que ces éléments nerveux ne présentent pas toujours la même disposition anatomique ; leur trajet varie et ne peut dès lors être décrit d'une manière nette et précise. Si nombreux et si tenus sont les filets nerveux qui se rendent dans la parotide du cheval, qu'ils constituent, autour de la glande, un lacis plus ou moins complexe.

Il serait intéressant de poursuivre l'étude de cette innervation compliquée car la névrotomie ou l'arrache-

ment de certains nerfs importants seraient suivis forcément de l'atrophie rapide de la glande. Il est démontré en effet que tout organe privé de son influx nerveux subit d'abord un arrêt dans sa fonction, puis une dégénérescence de ses éléments nobles et enfin l'atrophie progressive.

Sur ce point, le terrain est ouvert à l'expérimentation qui, seule, peut nous renseigner.

IV. — Ablation de la parotide

L'ablation totale de la glande recommandée depuis longtemps par Urbain Leblanc, a été pratiquée sur le cheval par Thiernesse, Broguiez, Delwart, Van Haelst. C'est une suprême ressource pour les rares fistules rebelles aux autres moyens thérapeutiques ou chirurgicaux. En plus des troubles de la mastication et de la digestion qu'entraînera forcément la disparition d'une des parotides, c'est-à-dire la suppression d'une quantité importante de salive, on se rend facilement compte des dangers considérables d'une telle opération dont le champ intéresse une région où s'entrecroisent de nombreux vaisseaux et filets nerveux d'une importance capitale. Cette opération n'est pas, du reste, véritablement pratiquée en médecine vétérinaire. Pour être menée à bonne fin, elle exigerait de l'opérateur une habileté peu commune ; et, en admettant que l'opération fut exécutée dans les conditions de perfection absolue, il resterait une plaie vaste et anfractueuse, difficile à

cicatriser et dans laquelle il serait fort difficile pour ne pas dire impossible de prévenir les phénomènes de suppuration.

La technique de l'opération est la suivante : Le malade couché, la peau de la région est rasée et aseptisée. La tête solidement maintenue dans l'extension, divisez sur le milieu de la glande, depuis la base de l'oreille jusqu'au delà de la veine maxillaire, la peau et le muscle parotido-auriculaire. Une ou deux autres incisions transversales, perpendiculaires à la première, favorisant les manœuvres chirurgicales. U. Leblanc se limitait à une seule incision de la peau sur toute la longueur de la glande, incision faite plus près du bord antérieur que du postérieur et il faisait tirer en arrière la lèvre postérieure de la plaie au moyen de deux érignes mousses. Par une rapide dissection, l'opérateur découvre toute la face externe de la parotide et va un peu au delà de ses limites. Avec le bistouri, le doigt et la sonde cannelée, il détache d'abord le bord antérieur de la glande des tissus adjacents et sous-jacents, en évitant de blesser le nerf facial et les vaisseaux sous-zygomatiques. Il lie la veine auriculaire postérieure et la coupe ensuite ainsi que l'anse atloïdienne. Il découvre la jugulaire, puis enlève successivement, de bas en haut, la portion de la glande située au-dessus de cette veine et, de haut en bas, la partie inférieure, en respectant les vaisseaux et les nerfs importants sis dans la couche sous-parotidienne. Au besoin, il résèque une portion de la jugulaire entre deux ligatures placées préalablement. Il tord ou lie les vaisseaux qui saignent abondamment.

Quand l'opération est terminée, on nettoie la plaie qui est irriguée au sérum salin et saupoudrée d'iodoforme en ses points suspects. On en réunit les bords cutanés après avoir placé un drain en caoutchouc fenêtré en sa partie déclive. L'animal relevé, on recouvre la région d'un pansement ouaté qui applique la peau sur la couche profonde de la plaie qui efface les espaces morts et favorise la cicatrisation.

Quoi qu'il en soit, pour ces deux raisons, nécessité contestable et dangers certains de l'opération, il est tout à fait douteux que celle-ci entre jamais dans le domaine du pratique. En admettant, d'autre part, que l'un ou l'autre des moyens précédemment indiqués ne puissent faire obtenir la guérison, le cheval se trouve alors dans un tel état de dénutrition et, par suite, de moins-value, que le propriétaire préfère s'en débarrasser plutôt que de tenter une opération si aléatoire en ses résultats.

Observations

OBSERVATION I

Par M. DIOUX, Vétérinaire à Châtillon-en-Bazois (Nièvre)

Plaie fistuleuse de la parotide

Signalement : Cheval, race nivernaise, propre au gros trait, 8 ans.

Commémoratifs : L'animal a présenté une parotidite gauche consécutive à un coup violent qu'un palefrenier lui avait porté avec le manche de son fouet sur la région parotidienne. Cette affection se compliqua de phénomènes de suppuration et l'abcès s'ouvrit naturellement dans la partie antéro-inférieure de la glande.

Le 18 août 1928, le cheval nous est présenté, porteur d'une plaie de 2 à 3 centimètres, siégeant au niveau de l'insertion maxillaire du muscle sternocéphalique. La région parotidienne gauche est encore déformée par un engorgement pâteux, assez douloureux ; l'infiltration déclive reste visible dans la région de l'auge. Du pus abondant, fluide, grisâtre et d'une fétidité repoussante, s'échappe à l'extérieur par la solution de continuité. Une pression sur la parotide amène l'élimination d'un bourbillon spongieux, imprégné de pus. L'animal qui, dans les jours précédents, refusait toute nourriture, recommence à manger, mais éprouve toutefois une forte gêne au moment de la déglutition. La température, qui a dû être de beaucoup supérieure, atteint ce jour-là 38°7 seulement.

La solution de continuité de la peau est débridée et la plaie soigneusement désinfectée avec une solution de permanganate de potassium à 1 pour 3.000. Son examen minutieux montre, au milieu du tissu glandulaire déchiré, les abouts de deux canalicules salivaires rupturés. Une injection sous-cutanée de nitrate de pilocarpine rend ces lésions encore plus évidentes ; peu après l'injection, une salive plus ou moins purulente perle sur les sections anfractueuses de la parotide et s'échappe en jet fin par les abouts glandulaires des deux conduits lésés.

Les jours suivants, les lavages antiseptiques sont répétés matin et soir. La plaie se tapisse de bourgeons charnus et se comble peu à peu. Les phénomènes de suppuration s'atténuent, mais l'écoulement reste identique quant à la quantité. Peu abondant entre les repas, il augmente d'une façon considérable pendant que l'animal mange.

Le 25 août, la plaie est réduite à un simple orifice fistuleux par où s'écoule un liquide aqueux, incolore, fluide. Une fistule salivaire a persisté.

Le même jour, une application d'onguent vésicatoire est faite tout autour de la fistule. Il se produit, dans les jours qui suivent, une forte réaction inflammatoire avec œdème de la région. L'écoulement qui avait été légèrement purulent au lendemain de l'opération, redevient clair et fluide en même temps qu'il diminue en quantité.

Le 1^{er} septembre, l'orifice a perdu son apparence fistuleuse et est recouvert de bourgeons charnus qui l'oblitérent à peu près complètement. Entre les repas, l'écoulement de salive est pour ainsi dire insignifiant et ne fait qu'humecter la peau au niveau de la petite plaie bourgeonnante. Quand l'animal mange, il augmente légèrement et s'écoule goutte à goutte vers le tiers supérieur du bord inférieur de l'encolure, après avoir suivi, un moment, la gouttière jugulaire.

Le 2 septembre, une nouvelle application vésicante, mais plus légère que la première, est faite tout autour de l'orifice et sur une dizaine de centimètres carrés seulement. Les phénomènes de cicatrisation sont activés par cette nouvelle poussée inflammatoire ; le 6 septembre, l'ancienne plaie fistuleuse,

rose et granuleuse, ne donne plus lieu à aucun écoulement et le 10 est complètement fermée, ne laissant qu'une cicatrice triangulaire glabre.

OBSERVATION II

Par M. Dioux, Vétérinaire à Châtillon-en-Bazois (Nièvre)

Fistule du canal de Sténon avec fracture du maxillaire inférieur

Signalement : Jument, race nivernaise, propre au gros trait, 11 ans, pelote en tête.

Commémoratifs : L'animal nous est présenté le 2 janvier 1927. Il porte une petite plaie au niveau de la scissure maxillaire et un œdème assez prononcé de toute la région environnant la plaie. Le propriétaire déclare que, trois jours auparavant, la jument a reçu, à l'abreuvoir, un coup de pied.

Le malade ne présente pas de symptômes généraux, mais la plaie laisse écouler un liquide peu abondant, aqueux, louche de par la présence de pus grisâtre et fétide, mais conservant toutefois une certaine fluidité. La situation de la plaie nous fait craindre une lésion du canal de Sténon. La mastication difficile et douloureuse d'une petite quantité de foin provoque aussitôt une augmentation marquée de l'écoulement et nous fait poser le diagnostic de fistule salivaire.

Une injection de sérum antitétanique est pratiquée.

Une exploration avec la sonde nous permet de constater également une fracture par enfoncement du bord inférieur de l'os maxillaire avec détachement d'esquilles osseuses, constatation qui explique les phénomènes de suppuration et assombrissement d'autant plus le pronostic.

La plaie est débridée légèrement pour permettre l'extraction de trois petits fragments osseux et on injecte dans celle-ci de la teinture d'iode pure pour lutter contre la lésion osseuse. Semblables injections sont répétées les 3, 4 et 5 janvier. L'écoulement conservant toujours son aspect purulent, un nouveau sondage décèle la présence d'une quatrième esquille

qui, ayant formé séquestre, entretenait la suppuration. Cette esquille est enlevée. Nouvelles injections de teinture d'iode les 6, 7 et 8 janvier.

L'état général reste satisfaisant. L'animal éprouvant une grande douleur durant la mastication, boude sur les aliments ligneux, mais accepte fort bien les barbotages ou mashs qui lui sont présentés.

Le 10 janvier l'écoulement a perdu tout caractère purulent et nous pouvons commencer à traiter la fistule salivaire elle-même. En raison de la rupture complète du canal de Sténon dont on aperçoit les abouts éloignés entre les lèvres de la plaie, nous décidons de recourir immédiatement à la ligature du conduit.

L'animal est couché sur le côté opposé à la lésion. La peau est rasée tout autour de la plaie qui a été convenablement nettoyée et désinfectée. L'intervention a lieu par cette solution de continuité primitive, légèrement débridée dans la direction du canal de Sténon. Ce dernier est disséqué, isolé et la ligature faite avec de la soie chirurgicale N° 1 intéresse sa portion glandulaire, à 2 centimètres environ en amont de l'about central. La plaie cutanée n'est pas refermée pour permettre des lavages antiseptiques qui seront répétés dans la suite deux fois par jour. Immédiatement après l'intervention, le conduit excréteur est dilaté en amont de la ligature, sous la pression de la salive qui est toujours sécrétée par la glande.

L'état reste stationnaire les deux jours suivants ; la jument va très bien et accepte toujours et volontiers les aliments liquides. Brusquement le 13 janvier au matin on trouve l'animal triste, la tête basse ; il refuse toute nourriture. Le thermomètre monte à 38°9. La région parotidienne gauche présente une tuméfaction assez marquée et une sensibilité exagérée. Tout porte à croire à l'évolution d'une parotidite. La situation reste identique les 14, 15 et 16 janvier, la température ne dépassant jamais 39°. Des lotions chaudes, puis des cataplasmes de farine de lin constituent le traitement local. Pour lutter contre une constipation qui tend à s'installer, nous administrons également 500 grammes de sulfate de soude.

Le 17 janvier, contrairement à ce que nous pensions, la

tuméfaction a disparu et la température est redescendue à 37°5. Tout danger de complication est conjuré.

A ce jour, la plaie, qui est désinfectée deux fois par jour avec une solution de permanganate de potassium à 1 pour 3.000, est recouverte de bourgeons charnus ; elle s'est sensiblement refermée et ne livre passage à aucun écoulement. Seul un exsudat muco-purulent en couvre les lèvres chaque matin. La dilatation du canal en amont de la ligature a diminué de plus en plus et disparaît le 19 janvier, c'est-à-dire neuf jours après l'intervention.

Le 25 janvier, la ligature s'est détachée et on l'aperçoit au fond de la plaie ; nous la retirons à l'aide d'une pince. La cicatrisation et par suite l'oblitération du canal de Sténon est parfaite car aucune trace de liquide salivaire ne s'écoule par la solution de continuité. Les soins antiseptiques sont continués et la cicatrisation est complète lors d'une dernière visite le 8 février.

Le cheval est vendu le 15 du même mois. Nous ne l'avons pas revu.

OBSERVATION III

Clinique Vétérinaire de l'Ecole de Cavalerie de Saumur

*Eclatement du canal de Sténon consécutif à son obstruction
par un calcul*

Signalement : Cheval de demi-sang du centre, propre à la selle ; alezan 12 ans.

L'animal est amené à la visite du 5 juin 1928. Il présente au niveau de l'auge une tuméfaction dure, de la grosseur d'une noix. L'absence de phénomène inflammatoire et le siège de la tumeur font poser le diagnostic de fistule salivaire. L'obstruction doit être complète car le canal est dilaté en amont de l'obstacle et apparaît sous la peau sur une longueur de 4 à 5 centimètres. L'extraction du calcul est décidée pour le 8 au matin.

Le 7, on s'aperçoit d'un fait nouveau ; la dilatation du canal de Sténon ne se sent plus sous la peau, mais elle est remplacée par un gâteau œdémateux, grand comme la paume de la main, froid, pas ou presque pas sensible.

L'animal est couché aussitôt. La région est rasée et le champ opératoire convenablement aseptisé. Le tégument est incisé au niveau du calcul sur une longueur de 5 à 6 centimètres ; le tissu conjonctif péricanaliculaire est infiltré d'une sérosité transparente et, après dissection, on s'aperçoit que le canal de Sténon se trouve rupturé immédiatement en amont de l'obstacle ; ses parois, amincies à ce niveau, sont déchirées irrégulièrement et les deux abouts sont séparés d'un bon centimètre. La salive a pénétré dans les mailles du tissu conjonctif, causant ainsi la tuméfaction œdémateuse observée.

Le calcul est retiré ; de forme ovoïde, il atteint le poids de 92 grammes.

Malheureusement, une fistule salivaire se trouve installée. Le calcul obstruant à peu près complètement le canal, il en était résulté une dilatation en ampoule de ce conduit avec amincissement de ses parois ; l'obstruction devenant totale, la pression exercée par la sécrétion parotidienne au moment de la mastication fit éclater le canal là où il offrait la moindre résistance, c'est-à-dire au niveau du renfiement.

Vu l'importance des lésions intéressant le canal de Sténon, on décide de provoquer immédiatement l'atrophie de la glande. La ligature du canal ne paraît pas dans la circonstance, devoir donner de bons résultats, en raison de la fragilité des parois, fragilité qui fait craindre un nouvel éclatement en amont de la ligature. On s'arrête aux injections irritantes et l'agent thérapeutique employé est une solution iodée.

Avant de relever l'animal, on injecte dans l'about central du conduit parotidien la solution suivante :

25 grammes de teinture d'iode.

1 gramme d'iodure de potassium.

50 cc. d'eau distillée.

L'animal est laissé à la diète hydrique.

Le lendemain, la région parotidienne est le siège d'une tuméfaction chaude et douloureuse qui persiste jusqu'au 10 juin pour diminuer ensuite graduellement en trois jours.

Durant ce temps, la solution de continuité cutanée qui a été laissée ouverte laisse écouler un liquide muqueux, pas très abondant et légèrement purulent. La plaie est désinfectée soigneusement deux fois par-jour avec une solution de permanganate de potasse.

Le 14 juin, on pratique une deuxième injection avec la même solution que précédemment. Cette intervention est également suivie d'une nouvelle inflammation de la parotide qui ne dure guère que quarante-huit heures.

L'animal est mis au régime blanc. La plaie s'est partiellement cicatrisée et l'écoulement a complètement disparu. Le 18 juin, la mastication d'un botillon de paille ne provoque aucune apparition de liquide salivaire au niveau de la solution de continuité. La sécrétion parotidienne est donc tarie.

Les lavages antiseptiques sont continués quotidiennement et permettent la cicatrisation de la plaie qui est complète le 27 juin.

Les 22 juillet, 13 septembre et 9 décembre, l'animal revient à l'infirmerie pour coliques ; ces douleurs abdominales sont-elles dues à une mauvaise digestion résultant de la suppression de l'une des parotides, donc d'une insalivation incomplète des aliments ? Nous ne saurions l'affirmer car le cheval est un grand tiqueur et ces coliques peuvent fort bien être une conséquence de ce vice.

Dans tous les cas, la région parotidienne n'est pas déformée, malgré l'atrophie supposée de la glande.

OBSERVATION IV

(Personnelle)

Plaie fistuleuse de la parotide consécutive à l'ouverture d'un abcès sous-parotidien

Signalement : Cheval alezan, 4 ans, pelote en tête.

Le cheval nous est présenté le 2 août 1928, pour « angine catarrhale gourmeuse » qui ne tarde pas à se compliquer d'abcès ; le 17 août, on remarque au niveau de chacune des

régions parotidiennes, à 4 ou 5 centimètres au-dessous de l'articulation temporo-maxillaire, contiguë au bord du maxillaire inférieur; une tuméfaction arrondie de cinq à six centimètres de diamètre, bien limitée, chaude, tendue et très douloureuse. Il est fait sur chacune une application résolutive (vésicatoire mercuriel).

Le 19 août, on perçoit à droite au centre de la tumeur, un peu de fluctuation lointaine. La ponction est faite à l'aide d'un cautère ordinaire en pointe chauffé au rouge cerise; il faut pénétrer à trois centimètres de profondeur pour trouver le foyer d'où s'écoule environ 1 décilitre de pus épais et crémeux.

Le 23 août, l'état général du malade est des plus satisfaisants; l'animal recommence à manger et la fièvre est tombée complètement; l'orifice de ponction laisse échapper toutefois un liquide jaunâtre, muqueux, contenant en suspension du pus plus ou moins grisâtre ainsi que des petits fragments de tissu nécrosé. Peu abondant normalement, cet écoulement varie en quantité et en qualité lorsque l'animal mange; il est beaucoup plus important alors et se compose presque exclusivement d'un liquide muqueux et transparent. Cette observation nous fait craindre une communication possible de la fistule avec quelque canalicule parotidien. Pour asseoir notre diagnostic, nous augmentons la sécrétion salivaire par une injection sous-cutanée de 5 centigrammes de nitrate de pilocarpine; quelques instants après l'injection, la plaie livre passage à une assez grande quantité de liquide parotidien (50 à 60 cc. environ),

Pour lutter contre cette plaie fistuleuse, une nouvelle application de vésicatoire mercuriel est faite autour de l'orifice de ponction. Le cheval est mis au régime blanc et ne reçoit ainsi que des aliments ne nécessitant pas un gros effort de mastication. Les jours suivants, il se produit une forte inflammation locale; la plaie bourgeonne et se comble petit à petit. L'écoulement se ralentit et le 28 août, il n'est plus qu'insignifiant et exclusivement purulent; il ne contient plus de liquide salivaire.

Le 6 septembre, la solution de continuité est cicatrisée. La fistule est guérie.

OBSERVATION V

(Personnelle)

Fistule du canal de Sténon

Signalement : Cheval hongre, propre au trait léger, 118 ans, race percheronne.

Commémoratifs : Le cheval présente une petite plaie au-dessus de la scissure maxillaire et juste au bord antérieur du muscle masseter, et un œdème assez prononcé de toute la région environnant la plaie. Le propriétaire déclara que, la veille, le cheval en se dégageant des brancards, était tombé sur le côté gauche.

La plaie est légèrement humide et sa situation nous fait craindre une communication avec le canal de Sténon. Nous examinons l'animal après lui avoir donné sa ration de foin. Les efforts de mastication donnent lieu à un écoulement notoire, muqueux, clair qui tombe goutte à goutte après avoir suivi la scissure maxillaire et mouillé les poils de la ganache.

Pour nous rendre compte des lésions qui intéressent les parois du canal, nous débridons très légèrement la solution de continuité cutanée. Après avoir écarté les lèvres et dissocié le tissu conjonctif péricanaliculaire, nous constatons une simple fissure longitudinale des parois du conduit, longue d'un centimètre environ.

Tout d'abord nous injectons sous la peau 10 cc. de sérum antitétanique pour empêcher la complication possible. Puis nous faisons tout autour de la fistule une application de vésicatoire mercuriel. L'animal est mis au régime blanc. Les jours suivants, il se produit une réaction inflammatoire assez violente ; la plaie se couvre de bourgeons charnus et diminue de grandeur ; elle laisse écouler un pus assez épais, jaunâtre, très peu abondant. Quand l'animal mastique et déglutit des substances même liquides, cet écoulement devient plus important, plus clair et liquide, mais n'atteint plus toutefois les proportions du début. La fistule se cicatrise petit à petit.

Huit jours plus tard, tout écoulement a cessé et la solution de continuité cutanée est réduite à environ un centimètre carré.

Le mois suivant, le propriétaire nous fait savoir que l'animal ne présente plus au niveau du traumatisme, qu'une surface dépilée de la grosseur d'une pièce de 2 francs ; une légère cicatrice persiste toutefois.

Conclusions

I. — Les fistules de la Parotide et du canal de Sténon sont des accidents assez fréquents chez les solipèdes. Elles se manifestent par des symptômes tellement caractéristiques que leur diagnostic n'offre aucune difficulté.

II. — Ces affections revêtent un caractère de plus ou moins haute gravité suivant qu'elles intéressent la glande ou son canal excréteur. Alors que les plaies fistuleuses de la parotide se terminent généralement par une guérison rapide, les fistules du canal de Sténon sont d'un pronostic sérieux et cela d'autant plus que le conduit se trouve lésé sur une plus grande longueur.

III. — Lorsque le praticien aura à traiter une plaie récente de la glande parotide ou une lésion peu importante du canal de Sténon, telle une simple fissure longitudinale, il devra, en principe, borner ses efforts à aider la nature dans son action réparatrice en faisant des révulsions énergiques et répétées tout autour de l'orifice fistuleux.

IV. — Quand la fistule intéressant le canal de Sténon, est ancienne, ou même récente et accompagnée

d'une large destruction des parois du conduit avec éloignement des deux abouts, il faut recourir aux grands moyens. Si la lésion intéresse la portion faciale, c'est-à-dire la portion terminale du canal excréteur, il est indiqué de créer chirurgicalement une voie artificielle vers la cavité buccale. Si la fistule siège sur tout autre point de son trajet, il convient malgré les conséquences tardives possibles que peut avoir une telle intervention, de provoquer sans plus attendre l'atrophie glandulaire.

V. — Parmi les procédés atrophiques, la ligature du canal et l'injection irritante poussée dans l'about central du conduit, ont donné d'excellents résultats.

VI. — L'étude approfondie de l'innervation de la parotide aidée par l'expérimentation chirurgicale nous renseignera sur l'origine et le trajet de certains nerfs importants dont la névrotomie pourra entraîner l'atrophie glandulaire.

VII. — L'ablation totale de la parotide ne doit pas être pratiquée en raison de ses dangers. Mieux vaut, dans le cas de fistules extrêmement rebelles, envoyer le cheval à la boucherie.

Vu : Le Directeur
de l'Ecole Vétérinaire de Lyon
Ch. PORCHER.

Vu : Le Doyen,
J. LÉPINE.

Le Professeur
de l'Ecole Vétérinaire,
C. CUNY.

Le Président de la Thèse,
Dr PATEL.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 29 Avril 1929.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université.
J. GHEUSI.

Bibliographie

- ANDRÉ. — De la cautérisation des fistules salivaires. (*Recueil de Médecine vétérinaire*, 1851, p. 153.)
- ARBOVAL (D') et ZUNDEL. — *Dictionnaire*, tome II, p. 70.
- BERGERON. — Traitement des fistules salivaires par des injections d'acide lactique. (*Annales Vétérinaires*, 1892.)
- BETTENDER. — Traitement des fistules du canal de Sténon. (*Recueil de Médecine vétérinaire*, 1829, p. 333.)
- CADIOT. — *Traité de Thérapeutique chirurgicale des animaux domestiques*. T. I.
- CHAUVEAU et ARLOING. — *Précis d'Anatomie comparée*, revu et corrigé par F. Lesbre. T. I.
- CURCIO. — Traitement des fistules du canal de Sténon par des injections parenchymateuses d'alcool éthylique. (*Giornale della reale Societa ed Academia Veterinaria*, 1903.)
- DELAFOND. — Guérison d'une plaie fistuleuse de la parotide par la seule suture des bords de la plaie. (*Recueil de Médecine Vétérinaire*, 1829, p. 335.)
- GHISLENI. — Tarissement expérimental de la glande parotide par des injections intracanaliculaires de vaseline et paraffine. (*Clinica Veterinaria*, 1905.)
- GOWIN. — De l'emploi d'un appareil obturateur dans le traitement des fistules salivaires. (*Recueil de Médecine Vétérinaire*, 1850, p. 169.)

- HALM. — De la ligature du canal de Sténon comme moyen de traitement des fistules de ce canal. (*Annales Vétérinaires de Bruxelles*, 1864, p. 322.)
- KOENIG. — Chirurgie de Bayer-Frohner.
- LAFOSSE. — Du traitement des fistules salivaires par l'ouverture artificielle du canal de Sténon dans la cavité buccale. (*Journal de Toulouse*, année 1860, p. 360.)
- Traitement des fistules du canal de Sténon par des injections iodées intracanaliculaires. (*Journal de Toulouse*, 1871, p. 735.)
- Cours d'hippiatrique.
- LEBLANC. — Fistules de la parotide et du canal de Sténon. (*Journal Vétérinaire théorique et pratique*, 1829, p. 29.)
- MERCIER. — Traitement des fistules du canal de Sténon. (*Recueil de Médecine Vétérinaire*, 1846, p. 187.)
- MOTTET. — Guérison chirurgicale d'une fistule du canal de Sténon. (*Recueil de Médecine Vétérinaire*, 1846, p. 187.)
- MOTTET. — Guérison chirurgicale d'une fistule du canal de Sténon. (*Journal de Toulouse*, 1861, p. 203.)
- MOUSSU. — De l'innervation des glandes salivaires. *Archives de Physiologie*, 1890,
- NOCARD. — Guérison d'une fistule du canal de Sténon par la création d'une voie artificielle d'écoulement vers la bouche. (*Bulletin de la Société de Médecine Vétérinaire*. 1885.)
- OLIVIER. — De la guérison spontanée d'une fistule du canal de Sténon. (*Journal Vétérinaire théorique et pratique*, août et octobre 1828.)
- UDIN et ZIMMERN. — *Traité de Radiothérapie*, Paris, 1913.
- PEUCH et TOUSSAINT. — *Traité de Thérapeutique chirurgicale des animaux domestiques*.
- PHILIPPE. — Traitement des fistules salivaires. (*Journal Vétérinaire théorique et pratique*, 1829, p. 91.)
- REYNAL. — Du traitement des fistules salivaires. (*Recueil de Médecine Vétérinaire*, 1841, p. 552, et 1845, p. 522-730-832.)
- SERRES. — Traitement des fistules salivaires. (*Journal de Toulouse*, 1860, p. 438.)

SPIZZA. — Traitement des fistules du canal de Sténon par des injections d'alcool éthylique. (*Il moderno Zoviatro*, 1893.)

THIERNOSSE. — De l'ablation de la parotide. (*Annales Vétérinaires de Bruxelles*, 1853, p. 205.)

TRASBOT. — *Dictionnaire de Médecine Vétérinaire* : glandes salivaires.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	7
Historique	9
Anatomie	13
Etiologie.....	17
Pathogénie.....	23
Symptômes.....	26
Diagnostic	32
Pronostic	34
Traitement.....	38
Observations.....	66
Conclusions.....	76
Bibliographie	78



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

◦ 42, QUAI GAILLETON ◦

◦ ◦ ◦ ◦ ◦ LYON ◦ ◦ ◦ ◦ ◦



